Die Münchener Medicin. Wochenschrift erscheint wöchentlich in Nummern von mindestens 2 Bogen. Preis vierteljährig 5 ℳ, praenumerando zahlbar. Einzelne Nummer 60 ₰.

MÜNCHENER

Zusendungen sind zu adressiren: Für die Redaction: Karlstrasse 8. — Für Abonnement an J. F. Lehmann, Landwehrstr. 12. — Für Inserate und Beilagen an Rudolf Mosse, Promenadeplatz 16.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

(FRÜHER ÄRZTLICHES INTELLIGENZ-BLATT)

ORGAN FÜR AMTLICHE UND PRAKTISCHE ÄRZTE.

Herausgegeben von

Dr. Bollinger, München. Dr. Heineke, Erlangen. Dr. G. Merkel, Nürnberg. Dr. Michel, Würzburg. Dr. H. v. Ranke, München. Dr. v. Schleiss, München. Dr. v. Seitz, München. Dr. Winckel, München.

№ 51. 22. December. 1891. Redacteur: Dr. B. Spatz, Karlstrasse 8. Verlag: J. F. Lehmann, Landwehrstr. 12. 38. Jahrgang.

Originalien.

Erkrankungen des Hirns nach einfachen Nasenoperationen.[1])

Von Dr. med. *Wagner* in Halle a/S.

Ganz allgemein ist die Ansicht, dass die Cauterisation der Nasenmuschel ein absolut ungefährlicher Eingriff sei. Sprach sich doch noch auf der letzten hiesigen Naturforscherversammlung die Mehrzahl der Herren Collegen der laryngologischen Abtheilung dahin aus, dass eine besondere Nachbehandlung nach derartigen Operationen überhaupt nicht erforderlich sei.

Jedoch schon bei oberflächlicher Betrachtung der anatomischen Verhältnisse des in Rede stehenden Organes, bei dem Reichthum an Gefässen und nervösen Elementen, bei der Nachbarschaft so wichtiger Organe, wie der des Ohrs und des Centralorgans, bei der sowohl directen als auch durch Lymphbahnen vermittelten Verbindung mit dem Ohr und dem Hirn, muss sich dem unbefangenen Beobachter die Ueberzeugung aufdrängen, dass Complicationen nach Eingriffen dieser Art durchaus nicht ausgeschlossen seien. Und in der That, durchmustert man die rhinologische Literatur der früheren und besonders der letzten Jahre, so findet man eine, wenn auch relativ geringe Anzahl von Aeusserungen, welche sich in diesem Sinne aussprechen, ohne dass sie jedoch im Stande gewesen wären, den auf diesem Gebiete herrschenden Optimismus zu erschüttern.

Ueber die Erkrankungen des Ohres im Anschluss an Nasenoperationen hat der Herr Vorredner[2]) schon in erschöpfender Weise gesprochen. Absehen will ich ferner an dieser Stelle von den sonstigen Reactionen nach Operationen in der Nase — ich behalte mir dies für später vor —, wie Störungen des Allgemeinbefindens, Temperatursteigerungen, secundäre Entzündungen des Rachens, des weichen Gaumens, der Mandeln — infectiöser, nicht-infectiöser Natur — Neuralgien und sonstigen zufälligen Complicationen, sondern mich beschränken auf Erkrankungen des Gehirns, der Hirnhäute und der Hirnsinus nach Nasenoperationen, zumal da ich selbst in der Lage bin, zu dieser Casuistik einen weiteren Fall liefern zu können. In der Literatur finden wir mehrere Fälle mitgetheilt, in denen einfache Nasenoperationen Erkrankungen des Gehirns und dadurch den Exitus letalis im Gefolge hatten.

So berichtet Voltolini einen Fall, bei dem nach einfacher Polypenextraction Meningitis und in Folge davon der Tod eintrat. Einen 2. Fall mit gleich unglücklicher Folge berichtet F. C. Quinlan. Interessant an diesem Falle ist, dass an gleicher Patientin schon eine ganze Anzahl verschiedener Nasenoperationen behufs Heilung von chronischer hypertrophischer Rhinitis, Ekchondrom und Exostosen der Nasenscheidewand und chronischer folliculärer Pharyngitis vorgenommen war. Der Eingriff, der die unglückliche Folge nach sich zog, bestand nur in einer leichten Cauterisation der rechten mittleren Nasenmuschel. Schon 70 Stunden nach der Operation trat der Exitus in Folge von Meningitis ein, nachdem am Nachmittag des Tages nach der Operation die ersten Symptome der Meningitis sich gezeigt hatten. In der Literatur desselben Jahres finden wir noch einen gleichen Fall. Auch in diesem Falle waren schon wiederholt Nasenoperationen vorgenommen, ohne dass sich dabei Complicationen eingestellt hatten. Der Eingriff, der die Meningitis und damit den Exitus letalis nach sich zog, bestand ebenfalls nur in einer leichten Cauterisation der rechten mittleren Muschel.

Bemerkenswerth an den beiden zuletzt mitgetheilten Fällen ist der Umstand, dass jedesmal nach Operation der mittleren Muschel die unglücklichen Complicationen eingetreten sind. Auch in dem Voltolinischen Falle ist wohl anzunehmen, dass die mittlere Muschel als Lieblingssitz der Polypen das Operationsfeld und somit auch den Ausgangspunkt der Infection gebildet habe.

Auffallend ist immerhin die geringe Zahl von Fällen mit derartigen Folgekrankheiten — ich habe die Literatur in ziemlich grossem Umfange durchgesehen und nur die 3 angeführten Fälle gefunden. Es mögen mir einige Fälle entgangen sein, jedoch ändert das wohl kaum etwas an der Thatsache — gegenüber den vielen Nasenoperationen, die vorgenommen worden sind, besonders vor einigen Jahren, als das sogenannte Ausbrennen der Nase, man möchte sagen, Modesache geworden war. Vorausgesetzt muss natürlich werden, dass alle derartige Fälle publicirt worden sind, eine Annahme, die wohl durchaus nicht über jeden Zweifel erhaben ist.

Bevor ich auf die Ergründung der Ursachen dieser Complication näher eingehe, will ich zunächst die Krankengeschichte meines eigenen Falles hier einfügen.

Herr B., 20 Jahre alt, kam am 29. September ds. Jrs. in meine Sprechstunde. Die Untersuchung ergab eine beiderseitige, besonders links stark ausgeprägte chronisch hypertrophische Rhinitis. Auf meine Fragen erklärte Patient im Uebrigen vollkommen gesund zu sein, überhaupt seit Jahren nicht in ärztlicher Behandlung gestanden zu haben. Die objective Untersuchung ergab ebenfalls Nichts, was gegen diese Angaben sprach. Später jedoch erfuhr ich von dem jungen Manne selbst und auch von dessen Mutter, dass derselbe an heftigen, periodisch wiederkehrenden, oft 1—2 Tage anhaltenden Kopfschmerzen gelitten und auch an Blutarmuth vielfach laborirt habe. Es wurde zunächst gegen die Hypertrophie in der linken Nase vorgegangen und zwar in der Weise, dass nach vorausgegangener Cocainisirung auf den vorderen zwei Dritteln der unteren Muschel mit dem Galvanocauter parallele Furchen gezogen wurden, und ebenso eine am unteren Rande der mittleren Muschel. Schmerz wurde sehr wenig empfunden.

Bei der Operation ging auch nicht ein Tropfen Blut verloren. Patient fühlte sich nach der Operation vollkommen wohl. Am Nachmittag sah ich ihn wieder; er gab an, keinerlei Beschwerden zu haben. Die Temperatur betrug 36,2, der Puls war dem entsprechend.

Am Vormittag des folgenden Tages fand ich den Zustand unverändert gut. Nach Angabe des Patienten hatte derselbe über Nichts zu klagen; die Temperatur betrug 37. Am Abend des 2. Tages war das Befinden das Gleiche; nur hatte sich eine leichte Temperatursteigerung (38) eingestellt. Jedoch erfuhr ich später von der Mutter, dass der Patient am Nachmittage über starke Kopfschmerzen, verbunden mit stechendem Schmerz im Kopf, von der Stirngegend ausgehend und sich bis in den Hinterkopf erstreckend, geklagt habe. Mir sind von Seiten des jungen Mannes keine derartigen Angaben gemacht. Am Morgen des folgenden Tages — am dritten Tage — wurde ich zu dem Patienten gerufen. Ich fand denselben im Bett liegen, stark blutend. Das Blut lief aus beiden Nasenlöchern, hauptsächlich jedoch zum Nasenraum herab. Der Blutverlust war ein ziemlich reichlicher. Es wurden sofort vorsichtig kalte Irrigationen angewendet, worauf die Blutung alsbald zum Stehen kam. Zur Verhütung einer neuen Blutung wurde Gurgeln mit Eiswasser und Einnehmen von Eisstücken in den Mund angeordnet. Ich besuchte den Kranken gegen 1 Uhr Mittags. Die Blutung stand vollkommen; der Zustand war ein befriedigender.

Gegen 2 Uhr Nachmittags wurde ich wiederum gerufen. Die Blutung hatte von Neuem und zwar in gleicher Stärke wie am Morgen begonnen. Es wurde nun zunächst die Nase von vorn tamponirt

[1]) Vortrag, gehalten im Verein der Aerzte zu Halle a./S.
[2]) Hessler, No. 50 d. W.

und als hierauf die Blutung nicht stand, auch die Tamponade der hinteren Nase mittels eines mit der Belloque'schen Röhre durch den Nasenrachenraum eingeführten Tampons vorgenommen. Die Blutung wurde nach diesen Eingriffen zwar geringer, stand jedoch nicht vollkommen. In Folge dessen wurde, zumal da während kurzer Abwesenheit meinerseits der eingeführte Tampon sich gelockert hatte und herabgefallen war, ein zweiter grösserer Tampon eingeführt, wodurch der erwünschte Erfolg erreicht wurde. Die Blutung stand sofort und dauernd. Der Gesammtblutverlust des Patienten war ein bedeutender, jedoch an und für sich nicht gefahrdrohend; der Puls war deutlich fühlbar. Die Nacht war verhältnissmässig zufriedenstellend. Der Kranke, der über Durst klagte und ziemlich viel Flüssigkeit zu sich nahm, schlief ab und zu, wenn auch nur auf kürzere Zeit. Dagegen erregten die Temperatursteigerungen schwere Bedenken. Das Fieber war schon ca. eine Stunde nach der Tamponade auf 39 gestiegen. Am nächsten Morgen betrug die Temperatur 39,8, um sich während des Tages ziemlich auf gleicher Höhe zu halten. Die Messung am Abend ergab 40,1. Das Allgemeinbefinden war im Uebrigen ein ziemlich befriedigendes. Patient nahm Nahrung in genügender Menge zu sich, nur klagte er über starke Kopfschmerzen in der Stirngegend und auch, wenn auch nicht in gleichem Grade, im Hinterhaupt.

Am Abend des folgenden Tages machte sich eine dem Cheyne-Stokes'schen Athemphänomen ähnelnde Erscheinung bemerkbar. Es fehlte das allmählich tief und dyspnoeischer, alsdann wieder oberflächlicher Werden der Athemzüge. Es waren vielmehr die Athemzüge ziemlich gleich. Plötzlich jedoch in bestimmten Zwischenräumen setzte die Athmung aus, um alsdann nach einer Pause von ca. 15 – 20 Secunden mit einem tiefen Athemzuge auf's Neue zu beginnen.

Diese Erscheinung soll, wie die Wärterin angab, wenn auch in bedeutend geringerem Grade und seltener, schon am Morgen dieses Tages aufgetreten sein. Die Temperatur betrug am Abend 40,5. Die Entfernung des Tampons wurde auf den folgenden Morgen verschoben.

Am nächsten Morgen, am 4 October, wurde der Tampon entfernt, nachdem derselbe vom Donnerstag Abend, also 63 Stunden gelegen hatte. Irgend welcher Blutverlust fand dabei nicht statt. Zugleich wurde an diesem Morgen zuerst eine, wenn auch sehr geringe und kaum deutlich nachweisbare Schmerzhaftigkeit und Steifheit der Nackenmusculatur constatirt, welche in Verbindung mit den stärker gewordenen Kopfschmerzen in der Stirngegend und am Hinterhaupt die Befürchtung des Beginnes oder vielmehr des Vorhandenseins einer Gehirnaffection aufkommen liess. Leider fand diese Vermuthung noch im Laufe des Tages ihre Bestätigung. Der nach Entfernung des Tampons gehoffte Temperaturabfall trat nicht ein. Die Temperatur blieb vielmehr annähernd auf gleicher Höhe, betrug am Abend 39,5. Die Steifigkeit und Schmerzhaftigkeit der Nackenmusculatur hatte am Abend ebenfalls bedeutend zugenommen. In den nächsten Tagen trat noch eine weitere Complication hinzu, es machten sich in den Gelenken des rechten Armes, besonders in dem Schultergelenk, heftige Schmerzen bemerkbar. Der weitere Verlauf der Krankheit bot das Bild einer Hirnhautentzündung. Die Temperatur hielt sich meist zwischen 39,8 und 40,3, der Puls war sehr beschleunigt, die Kopfschmerzen, die Steifigkeit und Schmerzhaftigkeit der Nackenmusculatur persistirte in gleicher Intensität. Es traten wohl hier und da Symtome auf, die auf Besserung hoffen liessen, so wurde eine Morgenremission der Temperatur auf 38,1 beobachtet, ebenso in gleichem Maasse sank der Puls und zwar auf 84, die Kopf- und Genickschmerzen liessen hier und da an Heftigkeit nach. Jedoch waren diese Symptome nur vorübergehend. Am 11. October trat der Exitus letalis ein. Eine Section wurde nicht gemacht.

Die auffallendste und am meisten in's Auge springende Erscheinung im Verlauf der Krankheit war die Blutung und zwar einerseits die Art der Blutung, andererseits die Zeit des Auftretens derselben. Die Blutung war entschieden venöser Natur, wofür die dunkle, oft schwarzrothe Färbung des Blutes spricht, der Umfang derselben war ein derartiger, wie man ihn bei gewöhnlichen Blutungen nach Operationen etc. nicht zu sehen gewöhnt ist. Die Blutung trat auf, wie schon oben erwähnt, am Morgen des dritten Tages. Forschen wir nach der Ursache derselben. Bei oberflächlicher Betrachtung der Verhältnisse möchte man wohl zunächst zu der Meinung neigen, dass die Quelle der Blutung in der Operationswunde zu suchen sei. Diese Ansicht ist jedoch absolut nicht stichhaltig. Es sprechen dagegen eine Reihe von Gründen, und zwar zunächst die Zeit des Eintritts der Blutung. Wenn bei der Operation wirklich Gefässe von der Ausdehnung, dass sie zu einer solchen Blutung, wie sie stattfand, Veranlassung geben konnte, durchtrennt wären, so hätte die Blutung entschieden unmittelbar nach der Operation eintreten müssen, auch hätte ferner in diesem Falle die Blutung nicht einen derartigen Umfang annehmen und allen Stillungsversuchen einen solchen Widerstand entgegensetzen können. Endlich spricht auch das entschieden dagegen, dass die Blutung aus dem hinteren, resp. oberen Theil der Nase kam, einer Region, wo überhaupt nicht operirt worden ist, da sich der ganze Eingriff, wie oben geschildert, nur auf die vorderen zwei Drittel der unteren Muschel und auf den unteren Rand der mittleren Muschel erstreckte. Ferner könnte man noch zu der Annahme kommen, dass am dritten Tage sich der Brandschorf abgestossen habe und dass dadurch die Blutung zu Stande gekommen wäre. Diese Ansicht ist ebenso unhaltbar wie die erstere, da einerseits der Schorf nicht entfernt worden ist, andererseits wären die eventuell durchschnittenen Gefässe, falls der Schorf sich von selbst gelöst hätte, in der Zeit wohl vollkommen thrombosirt. Die Ursache muss also an anderer Stelle gesucht werden, wie auch die genaue Beobachtung und Prüfung der einschlägigen Verhältnisse, sowie der constatirten Symptome ergiebt. Die Blutung ist nicht als ein primäres, sondern vielmehr als ein secundäres Symptom, als Folge einer Thrombose des Sinus longitudinalis aufzufassen. Es hat sich ausgehend wahrscheinlich von der mittleren Nasenmuschel eine Thrombose des genannten Sinus gebildet. Die Folge davon war, dass ein Theil des venösen Blutes der Nasenhöhle am Abfluss in den Sinus gehindert wurde, dass also eine collaterale Stauung eintrat, welche zu der Blutung in der Nasenhöhle führte. Daraus erklärt sich ferner das rapide Ansteigen der Temperatur bald nach Stillung der Blutung durch Tamponade. Auf den gleichen Umstand, auf den Thrombus, oder vielmehr auf den Zerfall desselben, ist die später eintretende Metastasenbildung in den Gelenken des rechten Arms zurückzuführen.

Bei derartigen Fällen drängen sich uns die Fragen auf: Auf welche Weise kommen solche Complicationen zu Stande und zweitens, wie können solche Unglücksfälle verhindert werden?

Zur Beantwortung der ersten Frage ist es erforderlich, zunächst einen kurzen Blick auf die anatomischen Verhältnisse der Nase, insbesondere auf die Bahnen, welche derartige Infectionen vermitteln, zu werfen. In Frage kommen diesbezüglich die Venen und Lymphbahnen. Was zunächst die Venen anbelangt, so wissen wir, dass dieselben und zwar die Venen der mittleren und oberen Muschel sich durch das Foramen coecum und durch die Foramina der Lamina cribrosa des Siebbeins in den Sinus longitudinalis ergiessen. Eine sehr instructive, wenn auch schematische Zeichnung dieser Verhältnisse finden wir in dem anatomischen Atlas von Heitzmann, pag. 228. Gleich ungünstige Verhältnisse walten bei den Lymphbahnen. Nach den Untersuchungen von Axel Key und Retzius communiciren die Lymphbahnen der Nase direct mit dem Subdural- und Subarachnoidealraum. Ferner haben genannte Forscher, sowie Schwalbe nachgewiesen, dass man unter Anwendung von Druck Flüssigkeit durch die Lymphcanäle auf die Oberfläche der Nasenschleimhaut treten lassen kann. Wir sehen also, dass durch die anatomischen Verhältnisse die Möglichkeit einer directen Fortleitung einerseits auf den Sinus longitudinalis, andererseits auf den Subduralraum gegeben ist, also damit sowohl die Gefahr einer Sinusthrombose als auch einer Meningitis.

Schreiten wir nun zur Beantwortung der zweiten Frage. Was ist erforderlich, um eine Aufnahme und Fortleitung infectiöser Stoffe auf den beschriebenen Bahnen zu verhüten. Die Antwort lautet scheinbar sehr einfach, eine sorgfältige Desinfection der Nasenhöhle. So einfach diese Maassnahme auf den ersten Blick erscheint, so genügt doch schon eine oberflächliche Betrachtung der anatomischen und physiologischen Verhältnisse der Nase, um zu zeigen, dass wir in der Hinsicht auf unüberwindliche Schwierigkeiten stossen. Kurz gesagt, eine absolute Desinfection der Nasenhöhle mit den jetzt uns zu Gebote stehenden Mitteln ist unmöglich. Wir wissen nach vielfachen Untersuchungen, von denen ich nur die jüngst publicirten, die von Strauch, Jonathan, Wright und Rohrer hervorheben will, dass die Nase und der Nasenrachenraum, man möchte sagen, einen Stapelplatz für Bacterien bilden, und dass ferner mit jedem Athemzuge neue Mikroorganismen der Nase zugeführt werden. Dazu kommt noch der Umstand, dass die Nase bekanntlich die Aufgabe hat, die eingeführte Luft zu reinigen und zu diesem Zweck, um mit Wright zu reden, passende Einrichtungen für einen Bacterienfilter hat. Man könnte sich vielleicht nun noch dadurch helfen, dass man die operirte Nase durch Tamponade von der Luft abschliesst. Einerseits ist dieses jedoch wegen der anatomischen Verhältnisse wohl kaum voll-

kommen ausführbar, andererseits verträgt, wie Rice in seinen diesbezüglichen Untersuchungen richtig sagt, das erectile Gewebe den Contakt der Gaze und Watte nicht. Die Hypersecretion durchnässt alsbald die Verbandmittel. Dazu kommt noch die Verbindung der Nase mit der äusseren Luft.

Einen grossen Vortheil haben wir jedoch wohl dadurch, dass wir in der Nase meist mit dem Galvanocauter operiren, einem Instrument, das einerseits vollkommen aseptisch ist, andererseits über die betreffende Wunde einen Brandschorf bildet, der äusseren Eindringlingen, wie Mikroorganismen den Eingang in die Wunde verwehrt. Aber auch diese Hoffnung ist in den meisten Fällen eine eitle, denn Maggiora und Gradenigo haben sogar in den Pseudomembranen, wie sie sich sehr häufig in der Nase nach galvanocaustischen Aetzungen bilden, das Vorkommen des Streptococcus pyogenes aureus nachgewiesen. Wir sehen also aus alledem, dass eine zuverlässige Desinfection der Nase unmöglich ist. Ich kann mich in dieser Beziehung nur vollkommen der Ansicht Schech's anschliessen, wenn er sagt, »es ist eben absolut unmöglich, die Nase vollkommen aseptisch zu machen.«

Aus dem bisher Gesagten geht also hervor, dass einerseits durch die Verhältnisse die Möglichkeit der Infection des Hirns resp. der Hirnsinus und der Hirnhäute bei Nasenoperationen gegeben ist, andererseits, dass es nicht in unserer Macht steht, durch Maassnahmen derartigen Complicationen vorzubeugen. Immerhin finden wir in den Krankengeschichten und in den Untersuchungen der angezogenen Autoren den Hinweis auf einige Faktoren, welche das Zustandekommen von Hirnerkrankungen nach Nasenoperationen zu begünstigen scheinen.

Betrachten wir diese zum Schluss.

In den aus der Literatur mitgetheilten Fällen bildete die mittlere Muschel das Operationsfeld und somit den Ausgangspunkt der Infection. Auch in meinem Falle ist an der mittleren Muschel operirt worden. Es scheint also, als ob ein Eingriff an der mittleren Muschel besonders die Gefahr genannter Complicationen in sich berge. Diese Annahme stimmt auch, wie wir oben gesehen haben, mit den anatomischen Verhältnissen überein. Ein weiterer Fingerzeig ist durch die Versuche von Axel Key und Retzius gegeben. Unter Anwendung von Druck bei Injectionen der Lymphgefässe der Nase vom Subduralraum aus trat die Flüssigkeit durch die Lymphcanäle auf die Oberfläche der Nasenschleimhaut. Natürlicher Weise wird beim Aufhören des Druckes ein Ansaugen von Seiten der Lymphgefässe stattfinden. Daraus geht also hervor, dass eventuell intercranieller Druck wie z. B. in Folge von Hyperämie zu einer Aufsaugung und Fortleitung von Infectionsstoffen beitragen kann. Quinlan spricht als Ursache der eingetretenen Meningitis in den beiden von ihm publicirten Fällen starke Gemüthsbewegungen an. Von der Hand zu weisen ist die Annahme nicht. In meinem Falle lag etwas derartiges nicht vor.

Literatur.

I. Voltolini: Ueber Nasenpolypen und deren Operation. Wien 1880.
II. Francis S. Quinlan: Ein Fall von elektrocaustischer Behandlung der mittleren Nasenmuschel mit nachfolgender Meningitis. N. Y. med. Record. 13. Sept. 1890.
III. F. S. Quinlan: Ein Fall von Meningitis nach elektrocaustischer Behandlung der mittleren Nasenmuschel. Journal of the Respiratory Organs, Juni 1890.
IV. S. Salis-Cohen: Die Nase, nicht das Endziel aller Dinge. Vortrag, gehalten auf dem XII. Jahrescongress der Amerikan. Laryngologischen Gesellschaft.
V. Die Stellung der intranasalen Chirurgie. Med. Press. 12. Febr. 1891.
VI. C. M. Shields: Der Conservatismus in der Nasenchirurgie. Virginia Med. Monthly, Mai 1890.
VII. Die Gefahr der Anwendung der Caustica. Times med. Register, 11. Januar 1890, Leitartikel.
VIII. Treitel: Die Reactionserscheinungen nach Operationen in der Nase. Berliner klin. Wochenschrift No. 16, 17. 1890.
IX. Axel Key und Retzius: Studium in der Anatomie des Nervenund des Bindegewebes. Stockholm.
X. Hyrtl: Anatomie der Menschen.
XI. Heitzmann: Die descriptive und topographische Anatomie des Menschen.
XII. Henle: Handbuch der systematischen Anatomie des Menschen.
XIII. Paul Strauch: Untersuchungen über einen Mikroorganismus im Secret des Nasenmechanismus. Monatsschrift für Ohrenheilkunde etc. 1887, No. 6 u. 7.
XIV. Maggiora und Gradenigo-Turin: Bakteriologische Beobachtungen über Croupmembranen auf der Nasenschleimhaut nach galvanocaustischen Aetzungen. Centralblatt für Bakteriologie No. 21, 1890.
XV. Jonathan Wright: Bacterien in der Nase des Gesunden. N. Y. Med. Journal 27. Juli 1889.
XVI. Rohrer: Zur Morphologie der Bacterien des Ohres und des Nasenrachenraumes. Lohbauer, Zürich 1889.
XVII. C. Rice: Antisepsis in der Nasenchirurgie. New-York, med. Journal und Annales des mal de l'oreille et du larynx No. 8.

Ueber die Tripperansteckung beim weiblichen Geschlecht und ihre Folgen.

Von Dr. *Ernst Bumm*, Privatdocent der Gynäkologie in Würzburg.

(Schluss.)

Der weibliche Genitalcanal hat am äusseren Muttermund eine erste, am inneren Muttermund eine zweite, an den uterinen Ostien der Tuben endlich eine dritte physiologische Verengerung des Lumens. Diese Stenosenbildungen sind nicht ohne Einfluss auf die Verbreitung der Mikroorganismen, welche sich unter normalen und pathologischen Verhältnissen in den Genitalsecreten befinden. Während die Zahl der Keime im Scheidenrohr, das frei mit der Aussenwelt communicirt, stets eine sehr beträchtliche ist, werden diese oberhalb der ersten Stenose im Cervix bereits seltener, oberhalb des inneren Muttermundes fehlen sie ganz. Das Cavum uteri ist unter normalen Umständen keimfrei.

Auch für die Weiterverbreitung des Gonococcus nach oben bildet der innere Muttermund ein mechanisches Hinderniss. Der Gonococcus besitzt wie die meisten vulgären Scheidenkeime keine Eigenbewegung. Er kann sich, wie wir dies an Culturen beobachten, durch fortgesetzte Theilung und Vermehrung der Individuen rasenartig über eine kleine Fläche ausbreiten, auf grössere Entfernungen hin findet seine Verbreitung aber nur durch Verschleppung statt. Die physiologische Stenose am inneren Muttermund ist selbstverständlich nie so enge, dass sie das Eindringen so kleiner Gebilde, wie es die Mikroben sind, verhindern könnte; aber sie erschwert die mechanische Verschleppung und deshalb auch das Aufsteigen der Infection in die Uterushöhle.

Unter den Gelegenheitsursachen, welche das Hinderniss überwinden helfen und das Eindringen der Tripperkeime ins Cavum uteri herbeiführen, möchte ich in erster Linie die Menstruation nennen. Während der Menses ist das Orificium internum gelockert, die geschwellte Mucosa drängt sich aus ihm wulstartig hervor und kann so direct mit der inficirten Cervicalschleimhaut in Berührung kommen. Ferner kann der leichtflüssige menstruelle Blutstrom bei brüsken Bewegungen und dadurch bedingten starken Druckschwankungen im Abdomen regurgitiren und die Gonococcen in die Uterushöhle zurückschwemmen. Gerade im Anschluss an die Menstruation sieht man deshalb am häufigsten jene schweren Erscheinungen im Krankheitsverlauf auftreten, welche die vollzogene Tripperansteckung der Gebärmutterschleimhaut anzeigen.

Aehnlich wie die Menstruation vermag auch das Puerperium zu wirken. Auch hier wird die Communication zwischen Cervix und Uterushöhle und damit die Verschleppung des Virus aus dem Cervicalcanal erleichtert, zumal die Keime gerade während der ersten Wochen des Puerperium zu einer ausserordentlichen Vermehrung gelangen. Das Puerperium hat jedoch ebensowenig wie die Menses das Weitergreifen der Infection nach oben nothwendig zur Folge. Der Contractionsring, welcher unter gewöhnlichen Verhältnissen die Uteruslochien keimfrei erhält, schliesst auch gegen den Gonococcus ab. Ich habe unter 10 Fällen im Puerperium nur einmal Symptome auftreten sehen, aus denen ich auf die Infection des Endometriums schliessen musste.

Endlich können therapeutische Maassnahmen an den inneren Genitalien, vor Allem das Sondiren, die Uebertragung des Giftes

nach oben vermitteln. Viele von den Entzündungen, welche im Anschluss an die Sondirung auftreten, sind nicht septischer, sondern gonorrhoischer Natur, der Sondenknopf war es, der die Gonococcen in die Uterushöhle beförderte.

Wie der Cervixtripper am inneren Muttermund seine gewöhnliche Grenze findet, so pflegt die gonorrhoische Endometritis an den Tubenostien Halt zu machen. Auch hier müssen besondere Veranlassungen dazu kommen, wenn die Enge überwunden werden soll. Im Allgemeinen sind es die genannten Ursachen, also Menses, Puerperium, heftige und andauernde Bewegungen, welche zur Infection der einen oder der beiden Tuben führen.

Die Ansteckung der Corpushöhle ist von hohem Fieber, das oft mit Schüttelfrösten einhergeht, von heftigen Uteruskoliken, blutig-serösem, später eitrigem Ausfluss begleitet. Der Uterus ist geschwollen, weich und ausserordentlich empfindlich. Auch im chronischen Stadium besteht neben dem Ausfluss und den Menorrhagien eine starke Empfindlichkeit des Organes fort, welche durch häufige Exacerbationen des Entzündungsprocesses immer wieder aufs Neue angeregt wird und auf lange Zeit hinaus die Kranken in ihrem Lebensgenuss und ihrer Arbeitsfähigkeit schädigt. Noch schlimmer steht es in jenen Fällen, wo die Infection auf die Tuben weitergreift und zur eitrigen Salpingitis führt. Nicht nur, dass die Function der Genitalien dauernd gestört ist und absolute Sterilität eintritt, durch die eitergefüllten Tubensäcke und die regelmässige Miterkrankung des Beckenbauchfells und der Oberfläche der Ovarien wird ein localer Krankheitsherd geschaffen, der spontan nur sehr schwer zur Ausheilung kommt und die unglücklichen Opfer der Ansteckung zu langwierigem Siechthum verdammt. Solche schwere Fälle von Gebärmutter- und Tubentripper liegen den Schilderungen zu Grunde, durch die Noeggerath zuerst die Aufmerksamkeit der ärztlichen Welt auf die Folgen der gonorrhoischen Infection bei der Frau zu lenken vermochte. Sänger hat gezeigt, dass bei diesen schlimmen Formen des Trippers der Hauptherd der Erkrankung nicht am Perimetrium, sondern in den Tuben zu suchen ist, und von hier aus jene wiederholten Anfälle von Pelveoperitonitis ihren Ausgang nehmen, welche das Symptomenbild beherrschen.

Eine noch unentschiedene Frage ist es, ob die gonorrhoische Infection als solche auf die Ovarien und auf's Bauchfell übergehen kann.

Was zunächst die Ovarien anlangt, so möchte ich nach der erwähnten Beobachtung von Wertheim eine gonorrhoische Erkrankung der Follikel resp. der Corpora lutea für möglich halten. Es ist denkbar, dass der gonorrhoische Tubeneiter, wenn er zufällig auf das weiche Epithel geplatzter Follikel gelangt, daselbst eine typische Entzündung hervorruft, die vielleicht auch auf benachbarte Eibläschen übergreift und zu multiplen gonorrhoischen Eiterherden im Ovarium führt. Es wäre damit eine neue Localisation des Trippervirus im Körper der Frau gefunden.

Bezüglich des Bauchfelles habe ich bisher die Ansicht vertreten, dass eine ächt gonorrhoische Entzündung daselbst nicht vorkommt. Zu dieser Meinung wurde ich nicht nur durch die biologischen Eigenschaften des Gonococcus, welche mir sein Gedeihen auf serösen Häuten zweifelhaft erscheinen liessen, sondern auch durch klinische Erfahrungen gedrängt, die ganz mit dem übereinstimmen, was Sänger über diesen Punkt angibt. Bei Erwachsenen ist noch keine durch den Gonococcennachweis sichergestellte allgemeine Peritonitis beschrieben worden. So häufig bei geringfügigen traumatischen Anlässen das verklebte Tubenende auch einreisst und virulenter Trippereiter in die Bauchhöhle austritt, es kommt immer nur zu einer localisirten adhaesiven Entzündung des Beckenbauchfells, der gonorrhoische Eiter wirkt wie ein aseptischer Fremdkörper und wird eingekapselt. Es ist wie ein Experiment, das die Natur in solchen Fällen anstellt, und dieses Experiment — die Einimpfung gewisser Mengen gonorrhoischen Eiters in's Bauchfell — verläuft negativ. Wo aber auf den Erguss gonorrhoischen Eiters hin allgemeine Peritonitis auftrat und genauer nachgesehen wurde — Menge hat aus der Martin'schen Klinik sehr interessante Beobachtungen hierüber veröffentlicht —, da fand sich nicht der Gonococcus, sondern es waren septische Keime als Ursache nachzuweisen.

Diese Anschauung der Dinge muss durch Beobachtungen erschüttert werden, die neuerdings Wertheim mitgetheilt hat. Es gelang Wertheim ächte[1]) Gonococcenculturen im Bauchfellsack gewisser Thiere (weisse Mäuse, Meerschweinchen) zum Gedeihen zu bringen und dadurch eine allgemeine Entzündung der Serosa hervorzurufen. Bemerkenswerth ist jedoch auch hier die Thatsache, dass die Gonococcen schon nach 48 Stunden Zeichen der Involution darboten, nach 72 Stunden nur noch sehr spärlich, am 4. Tage gar nicht mehr nachweisbar waren. Vom vollendeten 2. Tage an machte sich ein allmähliches Abklingen des Processes bemerkbar, Tod der Thiere trat nie ein. Man könnte das baldige Absterben der Gonococcen im Bauchfell auf die ungeeignete Beschaffenheit des Nährbodens beziehen und darin eine Bestätigung der klinischen Erfahrungen beim Menschen erblicken, welche uns trotz der häufigen Verunreinigung des Peritoneums mit Trippereiter von gonorrhoischer allgemeiner Entzündung nichts erzählen. Man kann aber auch, wie es Wertheim thut, das baldige Absterben der Gonococcen auf die Immunität der Thiere gegenüber dem Gonococcus zurückführen und annehmen, dass bei den empfänglicheren Menschen ein länger dauerndes Wachsthum und dem entsprechend auch schwerere Symptome auftreten. Hierüber wird die Erfahrung beim Menschen erst noch zu entscheiden haben.

Angeregt durch die Wertheim'schen Untersuchungen habe ich kürzlich bei 5 Meerschweinchen frischen, virulenten Trippereiter in die Bauchhöhle gebracht, ohne jedoch ein Resultat zu erzielen. Der Eiter war bei der Autopsie (3—5 Tage nach der Impfung) verschwunden, der Peritonealüberzug erschien ganz unversehrt. Die von der Oberfläche abgestrichene Feuchtigkeit enthielt keine Keime.

4. Das Maass von Bedeutung, welches wir der gonorrhoischen Ansteckung beim Weibe beilegen dürfen, wird bestimmt durch die Häufigkeit, mit welcher sich die Infection auf das Endometrium und die Tuben fortpflanzt. Wenn es wahr ist, dass die Gonorrhoe in einem Drittel aller Fälle bis in die Tuben gelangt, dann müssen angesichts der ausserordentlichen Verbreitung des Trippers die Verheerungen geradezu schreckliche sein, welche diese Krankheit beim weiblichen Geschlecht anstellt, dann hat man ein Recht, die Gonorrhoe für die schlimmste der ansteckenden Geschlechtskrankheiten, für viel schlimmer als die Syphilis zu erklären. Eigene Erfahrungen haben mich zu weniger pessimistischen Anschauungen geführt. Ich nehme die gonorrhoische Infection bei der Frau immer für eine sehr ernste Sache, denn man ist nie sicher, dass sie nicht eines Tages die gewöhnlichen Grenzen überschreitet, in die Uterushöhle und die Tuben weitergreift und die schlimmsten Folgen zeitigt; aber ich glaube, dass es in Wirklichkeit bei der grossen Mehrzahl der Fälle von weiblicher Gonorrhoe zu schweren Folgen nicht kommt, dass der Tripperprocess meistens in der Harnröhre und im Cervix localisirt bleibt und dann eine Krankheit darstellt, die heilbar ist und, ohne bleibenden Schaden zurückzulassen, vorübergeht.

Es ist sehr schwierig, Statistiken zu erhalten, welche uns ein der Wirklichkeit entsprechendes Bild von der Bedeutung und Tragweite der gonorrhoischen Infection bei der Frau geben. Die statistischen Zusammenstellungen aus Syphilidokliniken haben den Nachtheil, dass sie sich grösstentheils auf frische Infectionen beziehen und die Krankheit nicht durch alle Phasen des Geschlechtslebens verfolgen. Die Berichte aus gynäkologischen Kliniken sind deshalb nicht ganz zutreffend, weil sich an diesen

[1]) Ich habe gelegentlich eines Vortrags von Wertheim auf dem IV. Congress der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie die Aechtheit der Wertheim'schen Gonococcenculturen bezweifelt, stehe aber jetzt, nachdem ich durch die Güte Wertheim's in den Besitz mehrerer solcher Culturen gekommen bin, nicht an, zu erklären, dass es sich um ächte Gonococcenculturen handelte. Wertheim hat sich durch die von ihm erfundene Züchtungsmethode, welche die Herstellung von Reinculturen des bisher so schwer zu züchtenden Gonococcus ausserordentlich erleichtert, ein grosses Verdienst um die Erforschung der Gonorrhoe erworben.

Kliniken die schweren Fälle unverhältnissmässig zusammendrängen, leichte aber als Tripperinfectionen nicht erkannt werden, wenn man nicht systematisch bei allen katarrhalischen und entzündlichen Erkrankungen auf Gonococcen untersucht. Ein richtiges Bild wird man nur dann bekommen, wenn man nicht einseitig nur frische oder nur schwere Infectionen berücksichtigt, sondern Fälle jeder Art bis zur Heilung oder falls es dazu nicht kommt, auf Jahre hinaus beobachtet und die etwa auftretenden Complicationen feststellt. Ich besitze zur Zeit Aufzeichnungen über 55 Fälle von gonorrhoischer Infection, welche diesen Anforderungen wenigstens einigermaassen entsprechen. Es handelt sich nur um Personen des geschlechtsreifen Alters, die vom Beginn der Erkrankung an bis zur Heilung oder doch mindestens 5 Monate, viele länger als 1 Jahr, unter Controlle standen. Von diesen hatten 50 = 91 Proc. eine gonorrhoische Urethritis, 41 = 74 Proc. eine gonorrhoische Endometritis cervicalis, nur in 8 Fällen = 14 Proc. kam es zur Infection der Uterushöhle und nur bei 2 = 3,6 Proc. zur Gonorrhoe der Tuben. Möglich, dass man an diesen Zahlen noch Aenderungen anbringen muss, wenn man einmal grössere Beobachtungsreihen zur Verfügung haben wird, im Allgemeinen drücken sie aber meines Erachtens das Verhältniss der schweren Infectionen zu den leichten richtig aus.

Die objectiven Zeichen der Neurasthenie.

Von Dr. *L. Löwenfeld.*

(Fortsetzung.)

Sensibilätsverhalten.

So erheblich auch die Rolle ist, welche Sensibilitätsstörungen unter den Klagen Neurasthenischer bilden, so ist doch die Ausbeute an objectiven Symptomen auf dem Gebiete des Gefühlsinnes bei denselben gewöhnlich eine sehr geringe oder ganz negative. Verfeinerung der Tastempfindung namentlich an den Händen habe ich mehrfach beobachtet; Herabsetzung der cutanen Sensibilität bis zur Anästhesie an kleinen umschriebenen Hautpartien kommt ebenfalls bei Neurasthenie vor; dagegen findet sich Anästhesie ausgedehnter Hautbezirke bei typischer Neurasthenie nach meinen Beobachtungen nie; diese Erscheinung gehört, soweit functionelle Neurosen überhaupt in Betracht kommen, der Hysterie an.

Dass bei Neurasthenischen sich häufig für Berührung oder Druck schmerzhafte Stellen an den verschiedensten Körpertheilen, insbesonders an Kopf und Rücken finden, ist bekannt. Man hat dieser Erscheinung nicht selten den Werth eines objectiven Symptomes beigemessen; diese Auffassung entbehrt im Allgemeinen jeder Berechtigung. Druckschmerzpunkte können nur in jenen seltenen Fällen den objectiven Symptomen zugezählt werden, in welchen der Druck auf die empfindliche Stelle Steigerung der Pulsfrequenz hervorruft (sog. Mannkopff'sches Symptom). Dieses Symptom ist von mehreren Seiten bei Unfallsneurosen constatirt worden; es mangelt wahrscheinlich auch bei der gewöhnlichen Neurasthenie nicht, doch liegen hierüber noch keine Beobachtungen vor.

Reflexe (Haut- und Sehnenreflexe).

Was die Reflexe betrifft, so sind die von der Haut auszulösenden bei Neurasthenie häufig deutlich gesteigert. Speciell den Bauch-, Cremester- und Glutäalreflex findet man bei sexuellen Neurasthenikern öfters von abnormer Stärke und Andauer; mitunter kann man auch den Bauchreflex von der Mittellinie (der linea alba) aus doppelseitig auslösen. Von den Sehnenreflexen ist das Kniephänomen in der grossen Mehrzahl der Fälle von spinaler Neurasthenie gesteigert, zuweilen sogar in ganz excessivem Maasse, so dass beim Beklopfen des Kniescheibenbandes nicht bloss der Unterschenkel, sondern das ganze Bein in die Höhe geschleudert wird. Daneben habe ich hie und da Andeutungen von Fussclonus gesehen. Eine erhebliche Verstärkung der Sehnenreflexe kann, wie Longard[25]) jüngst nachwies, bei Neurasthenischen unter dem Einflusse ängstlicher Erregung auftreten, so dass auch starker Fussclonus nachweisbar wird, der bei ruhiger Gemüthslage fehlt.

Nach Arndt[26]) sollen auch Beeinträchtigungen der Sehnenreflexe bei Neurasthenie häufig sein. Arndt vermisste bei 50 Männern das Kniephänomen 7 mal gänzlich, 5 mal fand er es so schwach angedeutet, dass es einer wiederholten Untersuchung bedurfte, um dessen Vorhandensein festzustellen. Bei 50 Frauen schien es 4 mal zu fehlen, ein Mal war es sehr schwach. Alle 11 Personen, bei welchen das Kniephänomen mangelte, waren in hohem Grade nervös, 3 geisteskrank, 1 epileptoid. Ausser Arndt berichtet nur Joseph-Landeck[27]) über Mangel des Kniephänomens bei Neurasthenie; der genannte Autor will das Westphal'sche Zeichen in 4 Fällen dieses Leidens beobachtet haben.

Soweit sonst Angaben über das Verhalten der Sehnenreflexe, speciell des Kniephänomens in der Literatur vorliegen (Erb[28]), Strümpell[29]), Gowers[30]), Pelizaeus[31]) u. A.), lauten dieselben dahin, dass diese Reflexe sich normal oder gesteigert erweisen; nur Strümpell fand bei spinaler Neurasthenie die Sehnenreflexe zuweilen auch ziemlich schwach.

Was nun meine eigene Erfahrung in dieser Sache betrifft, so habe ich bei keinem der verschiedenen Hunderte von Neurasthenischen, bei welchen ich im Laufe der Jahre Gelegenheit hatte nach dem Vorhandensein des Kniephänomens zu forschen, dasselbe völlig vermisst und nur in ganz vereinzelten Fällen dasselbe abgeschwächt gefunden. Dabei habe ich auch verschiedene Fälle gesehen, in welchen neben anscheinend neurasthenischen Beschwerden Mangel des Kniephänomens zu constatiren war. In diesen Fällen konnte ich jedoch immer durch eine eingehende Untersuchung mich davon überzeugen, dass eine organische Erkrankung des Nervensystems vorlag. Ich werde an späterer Stelle auf diese Neurasthenie vortäuschenden Affectionen eingehen.

Hier muss ich mich, nachdem ich mein eigenes Beobachtungsmaterial für völlig zureichend zur Entscheidung der Frage nach dem Verhalten des Kniephänomens bei Neurasthenie halten darf, zunächst mit aller Entschiedenheit dahin aussprechen, dass Verlust des Kniephänomens nicht zu den Symptomen der Neurasthenie zählt. Um nun die Abweichung zwischen meinen und Arndt's und Joseph's Beobachtungen zu erklären, müssen wir zunächst die Frage in Erwägung ziehen, ob der Patellarreflex auch bei Gesunden mangeln kann. Wenn dies der Fall sein sollte, so lässt sich ja auch die Möglichkeit einer rein zufälligen Combination von Mangel des Kniephänomens und Neurasthenie nicht in Abrede stellen. Bezüglich des Verhaltens des Kniephänomens bei Gesunden, liegt nun allerdings eine Reihe statistischer Angaben vor, die jedoch zum Theil dadurch sehr an Gewicht verlieren, dass dieselben auf Untersuchungen sich stützen, die vor dem Bekanntwerden des Jendrassik'schen Kunstgriffes ausgeführt wurden. Berger fand unter den von ihm untersuchten Erwachsenen (Soldaten) bei 1,50 Proc. das Kniephänomen fehlend, Eulenburg[32]), resp. dessen Assistent Haase unter 124 Kindern im Alter von 1 Monat bis zu 5 Jahren in 7 Fällen = 5,65 Proc., Bloch[33]) unter 694 Schülern und Schülerinen im Alter von 6—9 Jahren 5 mal (bei 3 Knaben und 2 Mädchen, von welchen das eine an hochgradiger Wirbelsäuleverkrümmung litt); bei den 3 Knaben bestand nachweisbar neuropathische Belastung, und Bloch glaubt, dass bei solcher in Folge einer angeborenen Anomalie der Hinterstränge das Kniephänomen fehlen kann. Die Beobachtungen Bloch's verlieren jedoch durch den Umstand ihre Bedeutung, dass bei manchen Kindern aus noch nicht völlig aufgeklärten Gründen das Kniephänomen zeitweilig nicht oder nur sehr schwer wenigstens mit der

---

[25]) Longard, Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilkunde, 1. Band, 3. u. 4. Heft, S. 300.

[26]) Arndt, Die Neurasthenie 1885, S. 70.

[27]) Joseph l. c. S. 494.

[28]) Erb, Rückenmarkskrankheiten, 2. Aufl., S. 396.

[29]) Strümpell, Lehrb. der spec. Pathologie u. Ther., 5 Aufl., 2 Band, S. 164.

[30]) Gowers, Diseases of the nervous system, vol. I., 1886, S. 456.

[31]) Pelizaeus l. c. S. 319.

[32]) Eulenburg, Neurolog. Centralblatt 1882, S. 170.

[33]) Bloch, Arch. für Psychiatrie, Band XII., 2. Heft.

gewöhnlichen Untersuchungsmethode hervorzurufen ist. Pelizaeus[34]) vermisste unter 2403 Knaben das Kniephänomen nur 1 mal und bei dem betreffenden, einem Knaben, wurde später von Remak[35]) mit Hilfe des Jendrassik'schen Kunstgriffes das Kniephänomen ebenfalls erzeugt. Jendrassik[36]) fand unter 1000 Personen bei Untersuchung nach der gewöhnlichen Methode bei 1,6 Proc. (wie Berger) Mangel des Kniephänomens; bei Zuhilfenahme seines Verfahrens dagegen bei 0 pro mille. Aehnlich sind die Ergebnisse der Untersuchungen Zenner's-Cincinnati[37]). Zenner constatirte unter 1000 Personen von anscheinend gutem Gesundheitszustande 5 mal Mangel des Patellarreflexes; von den betreffenden 5 Personen zeigten 2 noch andere Symptome beginnender Tabes, der 3. war ein 95jähriger Greis, die 4. hatte einen Schanker gehabt. Man kann demnach wohl sagen, dass gänzlicher Mangel des Kniephänomens bei Gesunden vorerst noch nicht hinreichend erwiesen oder wenigstens ein Vorkommniss von solcher Seltenheit ist, dass man in diagnostischer Hinsicht dasselbe vernachlässigen kann[38]).

Die Befunde Arndt's und Joseph's lassen sich also nicht etwa dahin deuten, dass es sich bei denselben um ein zufälliges Zusammentreffen von Mangel des Kniephänomens und Neurasthenie handeln mochte. Sonach erübrigt nur die Annahme, dass denselben mangelhafte Untersuchungen oder diagnostische Irrthümer zu Grunde liegen. Bei Arndt kommt in Betracht, dass dessen Untersuchungen vor dem Bekanntwerden des Jendrassik'schen Kunstgriffes angestellt wurden, sonach zu unzuverlässigen Resultaten führen mussten. Die Angaben Joseph's dagegen beruhen, wie sich unschwer zeigen lässt, mindestens in der Hauptsache auf diagnostischen Irrthümern. Bevor ich auf die hier in Betracht kommenden Beobachtungen Joseph's eingehe, muss ich mir gestatten, wenigstens in Kürze die wichtigsten der zu Verlust des Kniephänomens führenden Erkrankungen des Nervensystems zu berühren, welche zu Verwechslungen mit Neurasthenie Anlass geben können. Zunächst muss ich hier auf die Thatsache hinweisen, die wenig bekannt zu sein scheint, dass manche Fälle leichter multipler Neuritis eine ausgesprochene Aehnlichkeit mit der spinalen Neurasthenie darbieten und bei ungenügender Untersuchung leicht als solche aufgefasst werden können. Ich habe in den letzten Jahren mehrere Fälle beobachtet, in welchen es sich um mässige Schmerzen und Parästhesien sowie Schwäche in den Beinen ohne ausgesprochene Muskelatrophie, Mangel oder hochgradige Abschwächung des Kniephänomens bei geringfügigen oder fehlenden objectiven Sensibilitätsstörungen handelte. Eingehende elektrische Exploration erwies hier jedoch gewöhnlich Veränderungen der elektrischen Erregbarkeit wenigstens in einzelnen Muskelgebieten. Diese Fälle nehmen in der Regel einen günstigen Verlauf, was natürlich unter Umständen die irrthümliche Annahme einer Neurasthenie begünstigt.

Ferner ist hier zu erwähnen, dass bei Diabetes mellitus Schwächezustände in den unteren Extremitäten mit Verlust des Kniephänomens auf neuritischer Basis beobachtet werden, die zu Verwechslungen mit Neurasthenie Anlass geben können. Auch manche Fälle cerebrospinaler Syphilis zeigen in ihrer Entwicklung oder in der Reconvalescenz neben anscheinend rein neurasthenischen Symptomen nur Mangel oder Abschwächung des Kniephänomens. Ich habe gegenwärtig einen derartigen Fall in Beobachtung; der betreffende Patient, bei dem ernste cerebrale und spinale Erscheinungen bestanden, hat seit längerer Zeit bereits keine weitere Beschwerde, als zeitweilige Kopfeingenommenheit, während objectiv nur bedeutende Abschwächung des Kniephänomens nachweisbar ist. Man könnte hier, wenn man die Antecedencien unberücksichtigt liesse, Neurasthenie mit Herabsetzung des Kniephänomens annehmen.

Endlich lässt sich nicht in Abrede stellen, dass auch die Tabes in ihrem Anfangsstadium durchaus nicht selten grosse Aehnlichkeit mit spinaler Neurasthenie zeigt. Dass wir es in Fällen, in welchen lediglich Schwäche in den Beinen neben rheumatoiden, mitunter nicht sehr erheblichen Schmerzen und Mangel des Kniephänomens vorliegt, wirklich mit Tabes incipiens und nicht etwa mit Neurasthenie mit Westphal'schem Zeichen zu thun haben, ergibt sich zum Theil aus dem weiteren Verlaufe der betreffenden Fälle, zum Theil aus intercurrent auftretenden oder vorhergegangenen Erscheinungen (flüchtigen Augenmuskellähmungen, Blasenstörungen etc.). Wir sehen sonach, dass eine Reihe von organischen Affectionen des Nervensystems, neurasthenieähnliche Zustände herbeiführt; für deren Absonderung von der echten Neurasthenie bildet der Mangel des Kniephänomens eines der wichtigsten unter den derzeit bekannten differentialdiagnostischen Kriterien.

Betrachten wir nun die Fälle von angeblicher Neurasthenie, in welchen Joseph Mangel des Kniephänomens fand, etwas näher, so handelte es sich in der ersten der betreffenden Beobachtungen um einen jungen Menschen von 18 Jahren, der im Juli 1889 plötzlich mit Schwäche in beiden Beinen erkrankte, so dass er 8 bis 10 Tage nicht mehr stehen konnte. Es währte $3^1/_2$ Monate, bis der Patient wieder an Stöcken gehen konnte. Die Hautempfindung soll geschwächt gewesen sein. Die Untersuchung ergab bei normaler Pupillenweite hochgradiges Romberg'sches Symptom und Mangel des Patellarreflexes. Am Schlusse der Behandlung war das Romberg'sche Symptom verschwunden, der Patellarreflex noch mangelnd bei völligem Wohlbefinden.

Dass hier multiple Neuritis oder ein myelitischer Process und keine Neurasthenie vorlag, kann meines Erachtens keinem Zweifel unterliegen: plötzliches Einsetzen der Krankheit mit Lähmungserscheinungen, die mehrere Monate zu ihrer Ausgleichung erforderten, Abschwächung der Hautempfindung und Verlust des Kniephänomens, diese Umstände genügen vollständig, um Neurasthenie ausschliessen zu lassen.

In Fall 2 handelt es sich um einen 41jährigen Kaufmann, der sich vor 9 Jahren mit Lues inficirte. Im Winter 1888 Schwerbeweglichkeit der Beine, besonders des rechten. Taubheit der Fusssohlen, Blasenschwäche. Schmiercur, Besserung. Der Patient zeigt bei der Untersuchung noch: Enge der Pupillen, langsame Reaction derselben, Anästhesie eines handtellergrossen Hautbezirkes in der Axillargegend, Blasenschwäche, Mangel des Kniephänomens. In diesem Falle ist es ebenfalls zweifellos, dass letzteres Symptom nicht durch Neurasthenie, sondern durch Residuen der offenbar vorhergegangenen syphilitischen Rückenmarksaffection bedingt ist.

Fall 4 Joseph's betrifft einen starken Potator, bei dem seit einem halben Jahre Schmerzen und Schwäche in den unteren Extremitäten bestehen. Die Annahme einer Alkoholneuritis, die hier sehr nahe liegt, wird von Joseph nicht in Erwägung gezogen.

Erübrigt noch Fall 3, den ich in extenso anführe:

Frau V. aus B., 32 Jahre alt, 11 Jahre verheiratet, 3 Geburten, letzte vor 7 Jahren, Defluvium capillitii, Zittern der Hände seit $^1/_2$ Jahre, Appetit schwach, Magendruck, Obst. alvi, Menstruation regelmässig, sehr stark 8 Tage, nachher scharfer Fluor, Pruritus vulvae, Schlaf schlecht, Abmagerung, dabei fühlt sich Patientin noch kräftig, Dyspnoe, auch Zittern in den Füssen, Reissen in den Gelenken, Kopfschmerz, Stiche im Kopf, deprimirte Stimmung. Patientin gibt als Ursache ihres Leidens Ueberanstrengung im Geschäfte ihres Mannes (Metzger) an.

Patientin gross, mittelstark, Patellarreflex fehlt, mässiges Romberg'sches Symptom, Pupillarreaction normal, Herz gesund, Uretritis und Endometritis chronica, Uterus normal gelegen

Aus dem Mitgetheilten lassen sich Anhaltspunkte dafür, dass hier lediglich Neurasthenie vorlag, durchaus nicht entnehmen. Von einer Urinuntersuchung ist keine Rede, Diabetes daher auch nicht mit Sicherheit auszuschliessen.

---

[34]) Pelizaeus, Arch. für Psychiatrie, Band XIV., 2.

[35]) Pelizaeus, Neurolog. Centralbl. 1886, Nr 3.

[36]) Jendrassik, ebenda 1885, Nr. 18. Der sogen. Jendrassik'sche Kunstgriff besteht im Princip darin, dass man während des Beklopfens der Patellarsehne den Untersuchten zu energischer Contraction der Armmuskeln veranlasst.

[37]) Zenner, Neurolog. Centralbl. 1886, Nr. 14.

[38]) Auch Gowers, Diseases of the nervous system, vol. I 1886, S. 319, ist der Ansicht, dass das Kniephänomen bei Gesunden wahrscheinlich nie fehlt.

Wie wir ersehen, ist von Joseph der Beweis, dass Mangel des Patellarreflexes auch als Symptom der Neurasthenie vorkommen kann, durchaus nicht erbracht worden. Seine Annahme beruht in 3 von den in Frage stehenden 4 Fällen sicher auf diagnostischen Irrthümern, so dass wir wohl das gleiche auch für den 4. Fall voraussetzen dürfen.

Mechanische und elektrische Erregbarkeit der Nerven. Elektrischer Leitungswiderstand am Kopfe. Neurosis elektrica.

Gesteigerte mechanische Erregbarkeit der Nerven findet sich in vielen Fällen von Neurasthenie. Dieselbe macht sich gewöhnlich den Leidenden dadurch in unangenehmer Weise bemerklich, dass schon bei geringem Drucke auf die Nerven, z. B. Sitzen auf einem ungepolsterten Stuhle, alsbald Gefühle von Taubsein etc. in den Gliedern auffreten. Etwas seltener ist die Steigerung der mechanischen Erregbarkeit in objectiver Weise dadurch nachzuweisen, dass schon durch geringe mechanische Reize, wie schwaches Beklopfen, an einzelnen Nerven sich Zuckungen auslösen lassen. Am häufigsten ist dies am Facialis der Fall (Facialisphänomen), seltener an anderen motorischen, respective gemischten Nerven, relativ am öftesten noch am Nervus radialis. Das sogenannte Facialisphänomen wurde zuerst von v. Frankl-Hochwart[39]) bei einzelnen Neurasthenischen constatirt; Schlesinger[40]) konnte dasselbe unter 54 Fällen von Neurasthenie und Hysterie 34 mal nachweisen. Letzterer Beobachter sah auch nach Einnahme reichlicher Mahlzeiten und nach Genuss von starkem Wein oder Kaffee bedeutende Steigerung des Phänomens, andererseits nach längerem ruhigem Gebirgsaufenthalte Schwinden desselben.[41])

Die elektrische Erregbarkeit der Nerven und Muskeln bei Neurasthenischen ist noch nicht in dem Maasse Gegenstand von Untersuchungen geworden, wie es erwünscht wäre, doch liegen in dieser Beziehung immerhin beachtenswerthe Beobachtungen vor. Stschtscherbak[42]) fand bei functionellen, mit reizbarer Schwäche einhergehenden Erkrankungen die galvanische Erregbarkeit der Nerven und Muskeln bedeutend gesteigert; er ermittelte z. B. für den Nervus ulnaris eine Strombreite von 0,6—2,6 M. A. gegenüber einem Mittel von 1,45 M. beim Gesunden, für den Nervus peroneus 0,2—2,0 M. A., gegenüber einem Mittel von 1,44 M. A. beim Gesunden, für den Nervus tibialis anticus 1,8—5,0 M. A. gegenüber 3—5 M. A. Ich habe selbst keine systematische Untersuchungen in dieser Hinsicht angestellt, aber doch vielfach den Eindruck gewonnen, dass eine gesteigerte elektrische Erregbarkeit der Nerven bei Neurasthenikern vorkommt. Mit Bestimmtheit konnte ich dies an dem Nervus opticus nachweisen. Nach Darier[43]) beträgt die Stromschwankung, durch welche bei Gesunden eine Lichterscheinung hervorgerufen wird, im Mittel $1/_{10}$ M. A. Bei Neurasthenischen genügt jedoch nicht selten, wie ich mich überzeugen konnte, eine viel geringere Stromschwankung um Lichtblitze zu produciren. Andererseits fehlt es aber auch nicht an Fällen, in welchen es einer bedeutend grösseren Stromschwankung (1—2 M. A.) zur Erzeugung von Lichterscheinungen bedarf.

Diese Herabsetzung der elektrischen Erregbarkeit des Sehnerven ist übrigens keine isolirte Erscheinung, sondern geht in der Regel mit einem analogen Verhalten des Gehirns einher, auf welches wir sogleich zu sprechen kommen werden.

39) v. Frankl-Hochwart, Deutsch. Arch. f. klin. Medicin, Band 43, S. 51, Band 44, S. 433.

40) Schlesinger, Zeitschrift f. klinische Medicin 1891, Band XIX, Heft 5. u. 6.

41) Um das Facialisphänomen nachzuweisen, beklopft Schlesinger mit dem Percussionshammer die Wange unmittelbar vor dem aufsteigenden Aste des Unterkiefers mit wiederholten Schlägen und zwar vom Jochbein anfangend bis zum horizontalen Unterkieferaste. Die Berührung des Jochbeins und Unterkiefers soll hiebei verminden werden, weil sonst durch Erschütterung der Sehnenausbreitungen der Muskeln Zuckungen ausgelöst werden, die mit dem Facialisphänomen nichts zu thun haben.

42) Stschtscherbak Ref. in Erlenmeyer's Centralbl f. Nervenheilkunde, 1886, S. 723.

43) Darier, Neurol. Centralblatt 1884, S. 118.

Was den elektrischen Leitungswiderstand am Kopfe betrifft, so hat sich mir schon seit einer Reihe von Jahren die Wahrnehmung aufgedrängt, dass in dieser Hinsicht Neurasthenische zum Theil auffallende Abweichungen von den Durchschnittsverhältnissen bei Gesunden darbieten.

In einer Anzahl von Fällen treffen wir einen entschieden verminderten Leitungswiderstand, dabei zugleich gewöhnlich eine erhöhte Empfindlichkeit für den galvanischen Strom, die sich durch Auftreten von Schwindel und Kopfeingenommenheit bei longitudinaler Durchleitung von Strömen von $1/_{90}$ Dichte und darunter kundgibt. In anderen Fällen finden wir dagegen einen auffallend gesteigerten Leitungswiderstand, gewöhnlich in Verbindung mit herabgesetzter Empfindlichkeit für den galvanischen Strom (Nichteintritt von Schwindel, selbst bei Querleitung beträchtlicher Stromdichten).

In den erst erwähnten Fällen handelte es sich zumeist um Personen von leicht erregbarem Naturell mit lebhaftem Gesichtscolorit und Neigung zu Fluxionen nach dem Kopfe, in den Fällen der 2. Kategorie um apathische oder melancholisch verstimmte Neurasthenische mit Anämie und schlechter Allgemeinernährung.[44]) Hiemit stimmen die Beobachtungen Eulenburg's[45]) überein, welcher den Leitungswiderstand am Kopfe bei verschiedenen Krankheitszuständen einer genaueren Prüfung unterzog. Eulenburg fand bei leichterer Neurasthenie ohne allgemeine Ernährungsstörung den Leitungswiderstand dem Durchschnitt entsprechend, bei nervösen Erschöpfungzuständen auf Grund allgemeiner Anämie und schlechter Ernährung dagegen bedeutende Steigerung des Leitungswiderstandes am Kopfe, bei Personen mit ausgesprochenen hyperämischen Kopferscheinungen Verringerung desselben.

Von Basile[46]) wurde eine auffallend erhebliche Verminderung des Leitungswiderstandes namentlich für den unteren Abschnitt der Wirbelsäule bei Neurasthenia spinalis constatirt; dieser Autor fand ferner bei sexueller Schwäche in Folge krankhaft gesteigerter Reizbarkeit eine bedeutende Abnahme des Leitungswiderstandes bei Leitung des Stromes von der Lendenwirbelsäule zum Dorsum penis.

Ich muss hier noch einer Erscheinung gedenken, die bisher bei Nervösen nur in einer beschränkten Zahl von Fällen beobachtet wurde, und die ich selbst bei 2 Personen, einem hypochondrischen Neurastheniker und dessen 15jährigem, etwas nervösen Sohne vorfand. Es handelt sich um eine abnorme Elektricitätsentwicklung oder Anhäufung an der Haut, in Folge deren man der Körperoberfläche Funken entziehen kann. Von Feré[47]) wurde ein Fall (anämische nervöse Frau von 29 Jahren), in welchem er diese Erscheinung mehrere Jahre hindurch beobachten konnte, als Neurosis elektrica beschrieben. Arndt[48]) sah 4 Fälle dieser Neurose. Die betreffenden Personen waren alle für den elektrischen Strom sehr empfindlich.

Bei den von mir beobachteten Neurasthenischen fand ein Funkenüberspringen statt, wenn man die Finger der Hand oder dem Gesichte, respective den Bartspitzen des Betreffenden näherte, oder wenn dieser mit der Hand einen metallischen Gegenstand berührte. Stellte er sich auf eine Metallplatte, so traten krampfhafte Zusammenziehungen in den Wadenmuskeln ein; die Entladung führte also auch zu Muskelzusammenziehungen, woraus hervorgeht, dass diese Elektricitätsabgabe sich nicht auf die Haut beschränkt. Dass das fragliche elektrische Verhalten des Körpers in einem Zusammenhang mit dem Zustande des Nervensystems bei den betreffenden Personen steht, hiefür sprechen verschiedene von Feré ermittelte Thatsachen: das Auftreten stärkerer Entladungen nach Gemüthsbewegungen, das Zusammenfallen der höchsten elektrischen Spannung der Haut mit beträchtlicher nervöser Reizbarkeit und das Eintreten

44) Vergl. Löwenfeld, die Erschöpfungszustände des Gehirns, München 1882, S. 16.

45) Eulenburg, Zeitschrift f. klin. Medicin, 1887, 12. Band, 4. Heft, S. 350 u. f.

46) Basile Ref. in Erlenmeyer's Centralbl. f. Nervenheilkunde, 1886, S. 570.

47) Feré, Neurose électrique, Progres méd. 1884, Nr. 27.

48) Arndt, l. c. S. 103.

eines allgemeinen Erschlaffungszustandes mit Abnahme der elektrischen Spannung. Nach Féré sollen die abnormen elektrischen Entladungen nicht auf einer vermehrten Production von Elektricität, sondern einem abnormen Verluste derselben beruhen, der Nervenerschöpfung nach sich zieht, eine Anschauung, der auch ich zuneige.

Störungen der Stimme, der Sprache und der Schrift.

Schwäche und Undeutlichkeit der Stimme als Symptom der Neurasthenie wird von Beard erwähnt. Ich habe diese Erscheinung besonders bei Neurasthenischen beobachtet, die durch ihren Beruf genöthigt waren, viel zu sprechen. Man darf dieselbe wohl als Ausdruck der motorischen Insufficienz der Stimmbandmuskeln und als Analogon der in anderen Muskelgebieten auftretende Schwäche betrachten.

Gewisse Sprachstörungen sind bei cerebralen Erschöpfungszuständen durchaus nicht selten und verursachen mitunter ungerechtfertigte Befürchtungen. Zumeist handelt es sich um Erscheinungen der Paraphasie und Wortamnesie: Neigung zum Verwechseln und Verstümmeln von Wörtern und momentane Unfähigkeit einzelne Wörter im Flusse der Rede zu produciren (insbesonders Personennamen und Bezeichnungen von Dingen). Bei höheren Graden cerebraler Neurasthenie reisst der Faden der Rede auch öfters ab, dem Kranken entfällt, was er sagen wollte. Es kann dann auch bei Aufregungszuständen vorkommen, dass der Kranke in Situationen, in welchen er sprechen sollte, momentan überhaupt nichts vorzubringen vermag, also temporär sprachlos ist.

Auch anarthrische Sprachstörungen (lallende, undeutliche Sprache) mangeln bei Neurasthenie nicht, sind aber sehr seltene Vorkommnisse. Ich habe diese Art von Sprachstörung bei einem älteren neurasthenischen Herrn öfters vorübergehend nach Aufregungen und stärkerer körperlicher Ermüdung beobachtet.

Die Schrift kann ebenfalls durch den neurasthenischen Zustand Veränderungen erfahren. Es gibt eine neurasthenische Form des Schreibekrampfes, wie schon von Beard festgestellt wurde. Die Schreibstörung bildet hier Theilerscheinung einer allgemeinen Neurasthenie und beruht hauptsächlich darauf, dass beim Schreiben alsbald Schmerzen und Ermüdung im Arme sich einstellen. Die Schrift verliert hiebei ihren zügigen, schwunghaften Charakter und wird plump, eckig, mitunter auch zittrig. In anderen Fällen von Neurasthenie zeigt zwar die Schrift als solche nichts Auffälliges, aber das Geschriebene verräth durch häufige Auslassungen, Verwechslungen und Verschiebung von Wörtern und Silben den neurasthenischen Zustand des Schreibers zur Genüge.

Von weiteren Erscheinungen, die hier in Betracht kommen, sind zu erwähnen: eine Neigung zum übermässigen Gähnen, die sich zu jeder Tageszeit bemerklich machen kann, ferner eine abnorme Neigung zum Lachen. Diese gibt sich dadurch kund, dass ohne ersichtliche äussere Veranlassung, zum Theil sogar bei ernsten und traurigen Angelegenheiten Lachausbrüche erfolgen, durch welche mitunter sehr peinliche Situationen für den Betreffenden und seine Umgebung herbei geführt werden. Diese Erscheinung bildet eine Art von seltenem Gegenstück zu der bei Neurasthenischen so häufigen Neigung zum Weinen, auf welche wir noch zu sprechen kommen werden.

Functionsstörungen des Circulationsapparates. (Neurasthenia cordis s. vasomotoria.)

Auch bei den nervösen Affectionen innerer Organe, die als Theilerscheinung der Neurasthenie auftreten, fehlt es keineswegs an objectiven Symptomen. Wir wollen hier zunächst die nervöse Herzschwäche (Neurasthenia cordis oder vasomotoria) in Betracht ziehen. Das vorstechendste und gewöhnlichste Symptom derselben bildet Beschleunigung der Herzthätigkeit, die andauernd oder auch nur transitorisch sich geltend machen kann.

In der grossen Mehrzahl der Fälle erreicht der Puls keine besonders hohe Frequenz; er bewegt sich im Durchschnitt zwischen 80 und 100[49]. Doch habe ich auch Fälle gesehen, in welchen längere Zeit beständig der Puls zwischen 100 und 120 Schläge aufwies. Die Kranken haben dabei zumeist nur dann, wenn die Herzaction aus irgend einem Grunde eine über den Durchschnitt hinausgehende Beschleunigung erfährt, ein Gefühl von Herzklopfen in stärkerem oder geringerem Maasse; dabei ist eine äusserlich wahrnehmbare Verstärkung der Herzthätigkeit durchaus nicht immer vorhanden. Bei Patienten, bei welchen die Pulsfrequenz erheblicher vermehrt ist, kommt es mitunter auch zu Anfällen echter Tachycardie, wobei der Puls auf 180—200 Schläge steigt. Diese Anfälle sind oft Folge von Aufregungen, geistigen Anstrengungen, Caffeegenuss oder anderen Diätfehlern; sie treten aber auch in voller Ruhe, ohne jede eruirbare Ursache, selbst Nachts im Schlafe auf. Zuweilen werden diese Anfälle von eigenartigen vasomotorischen Störungen eingeleitet: die Hände und Füsse erkalten, taubes Gefühl tritt in denselben und im Gesichte auf, dies währt einige Zeit, dann beginnt das Herz in rasendem Tempo zu schlagen.[50]) Die Anfälle währen meist nur $^1/_4 - ^1/_2$ Stunde, gelegentlich aber auch eine Mehrzahl von Stunden, die Patienten haben dabei zumeist ein Gefühl von Herzklopfen und Brustbeklemmung.

Vorübergehende Verlangsamung der Herzaction ist bei nervöser Herzschwäche ungleich seltener als Beschleunigung, und wenn Rosenbach (Neurosen des Herzens, Eulenburg's Realencyklopädie) glaubt, dass erstere ein gewöhnliches Symptom sei, so kann ich ihm hierein nicht ganz beipflichten. Ueber andauernde Verlangsamung der Schlagfolge des Herzens bei nervöser Herzschwäche berichtet, wie es scheint, nur Seeligmüller. Dieser Autor sah Fälle, in welchen die Kranken am Morgen beim Aufstehen nur einige 40 Pulsschläge aufwiesen und die normale Pulsfrequenz kaum oder nur vorübergehend erreicht wurde (D. med. Wochenschrift 1884, Nr. 42 und Bericht der Naturforscherversammlung 1884). Derartige Fälle dürften im Ganzen mehr exceptionelle Vorkommnisse bilden, wenigstens soweit es sich um Affectionen sicher rein nervösen Ursprungs handelt.[51])

Neben der Beschleunigung und Verlangsamung werden bei der nervösen Herzschwäche allerlei Unregelmässigkeiten der Herzthätigkeit beobachtet: öfteres Aussetzen des Herschlages, Ungleichheit der Stärke und der Dauer der einzelnen Contractionen; es schliesst sich z. B. an eine Anzahl rasch auf einander folgender Contractionen eine Pause an, auf welche eine Anzahl langsamerer Contractionen erfolgt. Die Kranken haben oft ein deutliches Gefühl sowohl von dem Aussetzen des Herzschlages als der ungleichen Stärke und Dauer der einzelnen Contractionen. Regelmässige Intermittenz des Herzschlages ist dagegen bei nervöser Herzschwäche weder von mir, noch von Anderen beobachtet worden.

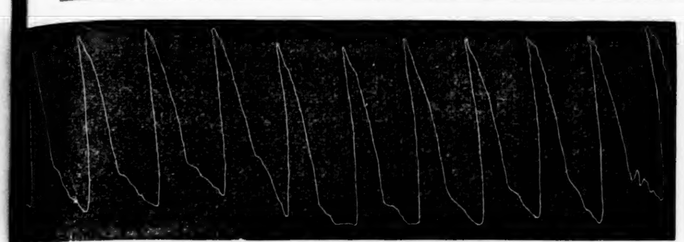
Lehr, welcher zwei Formen oder Stadien der Neurasthenia cordis unterscheidet — ein Reizstadium (Puls 72—84, von mittlerer Fülle oder etwas verstärkt) und ein Lähmungsstadium (Puls 96—120, anfallsweise bis 140, dabei mässig voll, häufiger sehr klein und leicht unterdrückbar) stellte sphygmographische Untersuchungen über das Pulsverhalten in diesen beiden Stadien an. Nach seinen Beobachtungen zeichnet sich die Pulscurve bei der reizbaren Form durch enorme Höhe bei steilem Anstiege der Ascensions- und ebenso raschem Abfalle der Descensionslinie aus; die Lähmungsform liefert dagegen ausserordentlich kleine Pulswellen bei grösserer Unregelmässigkeit der Einzelerhebungen in Höhe und Länge. Ausserdem constatirte Lehr in einzelnen Fällen ein deutlich dicrotes oder unterdicrotes Gepräge der Pulscurve.

---

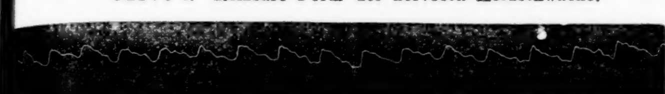
[49]) In manchen Fällen erweist sich die Körperstellung von deutlichem Einflusse auf die Pulsfrequenz; während der Puls z. B. im Sitzen nur 90 Schläge zeigt, steigt er beim Stehen auf 100 und darüber.

[50]) Lehr (die nervöse Herzschwäche 1881, S. 52) ist geneigt die nervöse Herzschwäche von der Tachycardie zu unterscheiden; er hält es jedoch für theoretisch möglich, dass sich letztere aus ersterer entwickelt. Doch hat er solche schwere Fälle nervöser Herzschwäche selbst nicht beobachtet. Nach meinen Erfahrungen kann es keinem Zweifel unterliegen, dass Tachycardie nicht selten als Symptom der nervösen Herzschwäche auftritt; in einzelnen Fällen meiner Beobachtung stellten sich wochenlang fast täglich tachycardische Anfälle ein.

[51]) Verlangsamung der Herzaction beobachtete Riegel unter 150 Fällen von Neurasthenie und Hysterie 18 mal. Aus der betreffenden Mittheilung erhellt jedoch nicht, ob diese Fälle das Gepräge der nervösen Herzschwäche darboten, auch nicht, ob die Verlangsamung andauernd oder vorübergehend war (v. Riegel Zeitschr. f. klin. Medicin, 17. Band, S. 281, 1890).



Curve I. Reizbare Form der nervösen Herzschwäche.



Curve II. Lähmungsform der nervösen Herzschwäche.[52])

Herzgeräusche werden bei nervöser Herzschwäche ohne Chlorose und Anämie selten beobachtet. Lehr erwähnt deren Vorkommen bei Herzneurasthenie überhaupt nicht; dagegen theilte Richter[53]) 2 hiehergehörige Fälle mit. Ich konnte bei einem ziemlich umfänglichen Material nur in einem Falle (ohne Anämie) ein nervöses Herzgeräusch constatiren. Charakteristisch für die in Frage stehenden Geräusche und in differentialdiagnostischer Hinsicht wichtig ist deren Inconstanz. Sie zeigen sich oft nur bei Aufregung und dadurch bewirkter ausserordentlicher Beschleunigung der Herzthätigkeit und verlieren sich dann bei ruhiger Gemüthslage wieder vollständig. In anderen Fällen erfahren sie bei Erregungen wenigstens eine Steigerung, die viel erheblicher ist als die bei Klappenfehlern unter den gleichen Verhältnissen zu beobachtende; sie schwanken auch in ihrer Beschaffenheit und ihrer Localisation sehr bedeutend. Dabei handelt es sich in der Regel um systolische Geräusche; diastolische Geräusche gestatten im allgemeinen die Annahme einer rein nervösen Herzaffection nicht, wie auch Leube[54]) betont.

Bezüglich der erwähnten Functionsstörungen des Herzens muss ich ferner betonen, dass dieselben auch in Fällen, in welchen die Patienten über das Verhalten ihres Herzens sehr klagen, bei der Untersuchung nicht immer sofort nachweisbar sind. Hieraus darf ebenso wenig geschlossen werden, dass die Angaben des Kranken auf Unwahrheit oder purer Einbildung beruhen, als man in jedem Falle, in welchem eine beschleunigte Herzthätigkeit sich findet, ohne Weiteres das Vorhandensein einer nervösen Herzschwäche annehmen darf. Ich habe nicht selten erst im Verlaufe einer längeren Beobachtung Andeutungen von jenen Anomalien der Herzthätigkeit gefunden, welche den Kranken Besorgnisse über den Zustand ihres Herzens einflössten. Andererseits ist es durchaus kein seltenes Vorkommniss, dass die ärztliche Untersuchung eine Steigerung der Pulsfrequenz herbeiführt, die sonst nicht vorhanden ist.

(Schluss folgt.)

Beitrag zur conservativen Chirurgie der Hand.

Von Oberarzt Dr. *A. Schreiber* in Augsburg.

(Fortsetzung.)

Als Beispiel der Wirksamkeit dieser Rotationsmannöver möge hier nur der folgende Fall angeführt sein:

Marie M., 24jährige Fabrikarbeiterin, fiel über eine Stufe und mit dem ganzen Gewicht auf die ausgespreizte Hand, sie fühlte sofort heftigen Schmerz und sah, dass ihr rechter Daumen in abnormer Stellung stand. Etwa nach 3 Stunden sah ich Patientin und blieben bei der typischen completen, dorsalen Daumenluxation alle Repositionsversuche auch in Narkose und Zuhilfenahme der Mathieu'schen Zange erfolglos, da offenbar die Kapsel interponirt war. Ich führte deshalb kräftige seitliche abducirende und adducirende Bewegung und als dies nicht zum Ziele führte, eine energische Rotation aus, wobei unter deutlich fühlbaren feinen Krachen die Reposition erfolgte. Nachdem bei einigen Bewegungen sich deutlich constatiren liess, dass die Gelenkflächen nun wieder normal im Contact waren, d. h. die Bewegungen frei sich zeigten und keine Neigung zum Wiederauftreten der Dislocation bestand, wurde für einige Tage ein entsprechender Verband angelegt, bald mit Massage begonnen und verfügte Patientin bald danach wieder über die normale Arbeitsfähigkeit der betreffenden Hand, speciell normale Beweglichkeit des Daumens.

Ich hatte in dem Fall den Eindruck, dass durch die kräftige Rotation die interponirte Kapsel befreit, resp. dadurch auch die Kapselbänder noch weiterhin eingerissen und hiedurch die Reposition der sonst ohne Operation irreponiblen Luxation ermöglicht wurde.

Für die seltenen Fälle, in denen die besprochenen Repositionsmannöver nicht zum Ziele führen, kommen nun zweifellos operative Maassnahmen in Betracht, subcutane Incisionen (Bell), Tenotomie des Lig. intersesam. (Günther) wird man heutzutage wohl nicht mehr empfehlen, ebenso auch nicht die Einkerbung des Muskelknopfloches (Malgaigne).

Thomas, der in vieler Beziehnug originelle englische Chirurg hat für die irreponiblen Daumenluxationen ein eigenes S förmiges Hebelinstrument angegeben, mit dem ihm die Reposition stets geglückt ist; er schneidet mit Tenotom oder kurzem geraden Bistouri vorn bis auf's Gelenk ein, führt an Stelle des Bistouris den langen Stahlhebel über das Metacarpalköpfchen ein unter die Basis der Phalanx, wonach durch eine Senkung des Griffs, während ein Assistent extendirt, die Reposition effectuirt wird.

Da man aber gern von der Art des Reductionshindernisses sich überzeugt, so werden die Operationen zur Aufsuchung und Beseitigung desselben lieber eine grössere Wunde mit in Kauf nehmen, die ja bei antiseptischer Behandlung ohne Bedeutung ist. Die von Evans, Vidal, Nélaton empfohlene Resection des Metacarpalköpfchens wird wohl nur in den Fällen gerechtfertigt erscheinen, wo der Fall veraltet, die Bänder geschrumpft, der glatte Knorpelüberzug des Gelenkköpfchens verloren gegangen ist und somit eine Heilung mit guter Beweglichkeit nach der Reposition nicht mehr zu erwarten steht. Für frischere Fälle ist die Incision des Gelenks, wie sie nach dem Vorgang Lücke's von Esmarch, Bardenheuer, Lauenstein, Rose ausgeführt wurde, das Aufsuchen des Hindernisses am Platz, wonach der Kapselriss eventuell erweitert, die interponirte Flexor longus Sehne mit einem Schielhacken hervorgeholt und die Reduction erzielt wird. Ueber die Incisionsstelle sind allerdings die Autoren nicht einig, indem Bardenheuer, Lauenstein Längsschnitt an der radialen Seite, Rose solchen an der Dorsalseite bevorzugt.

Weit seltener, als die gewöhnliche Dorsalluxation des Daumens, sind laterale Luxationen, wie sie neuerdings von Bessel-Hagen[7]) beschrieben wurden und volare Daumenluxationen, deren Zustandekommen von manchen bezweifelt wurde. Foucault hat in einer sehr lesenswerthen Thèse 19 Fälle hievon zusammengestellt. Die 1. Phalanx war dabei meist gestreckt, gleichzeitig etwas schief, das Capitulum metacarpi ragt dorsal vor, während die als Phalangenbasis bei passiven Bewegungen zu erkennende Phalanx volar einen Vorsprung bildet.

Die Reposition geschah meist leicht durch Extension und directen Druck, zuweilen erst bei Hinzufügen einer Rotation, oder mit Abduction und Adduction.

Die Retention machte in manchen Fällen Schwierigkeiten, ein frisch angelegter Contentivverband ist hierzu wohl das Beste.

Dass übrigens auch Volarluxationen des Daumens unentdeckt, resp. unreponirt bleiben können, dafür möchte ich als Beispiel nur eine Volarluxation, ein Präparat (Fig. 7) der Sammlung des Prof. v. Bruns anführen, das besonders schön zeigt, wie durch eine Art Naturheilungsvorgang für die abgewichene luxirte Phalanx eine Art neue Stütze am Metacarpus sich gebildet hat.

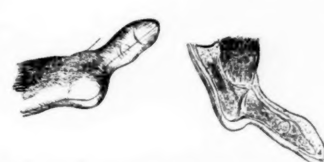


Fig. 7. Präparat einer veralteten volaren Daumenluxation.

Das Präparat kann in mancher Beziehung als Typus einer Nearthrose nach veralteter Luxation angesehen werden.

[52]) Beide Curven sind der Schrift Lehr's »Die nervöse Herzschwäche«, Verlag von J. F. Bergmann, Wiesbaden 1891, entnommen. Für die Ueberlassung bin ich Autor und Verleger in gleicher Weise verpflichtet.

[53]) Richter-Sonneberg, Deutsche Medicinalzeitung 1890, Nr. 4.

[54]) Leube, Specielle Diagnose der inneren Krankheiten, 1889, S. 60.

[7]) Langenbeck's Archiv 37. Bd.

Die Luxationen des Endglieds des Daumens haben geringere Bedeutung, trotzdem sich auch bei diesen verschiedentliche Repositionshindernisse fanden und besonders auch häufig Complication mit Hautwunden vorliegt, die in vielen Fällen zu ausgebreiteten Phlegmonen, Gangrän, Tetanus etc. Anlass gab (Jousset, Lanson, Dupuytren) Auch hier sind die dorsalen Luxationen weitaus häufiger als die volaren und dabei oft die Phalanx auch seitlich etwas abgewichen. Die Symptome der dorsalen Luxation der Endphalanx sind fixirte Extensionsstellung, Verkürzung des Daumens, Unmöglichkeit der Flexion, die dorsal luxirte Phalangenbasis lässt sich meist gut durchtasten und hinter derselben ist in der Regel eine tiefe Hautfurche ausgeprägt, Fig. 8, während der volare Vorsprung des 1. Phalanxköpfchens meist weniger markirt ist. Bei seitlicher Betrachtung fällt die Knickung in der Achse des Daumens sofort auf.



Fig. 8. Dorsalluxation des Daumenendglieds.

Jarjavay sah mehrmals eine Ecchymose im Niveau der palmaren Hautfalte.

Betreffs der complicirten Fälle sind die mit volarem Hautriss (Fig. 9), ganzem oder theilweisem Hervortreten des Phalanxköpfchens aus der Wunde die grosse Mehrzahl, selten ist die Wunde durch die Basis des Endglieds entstanden. Als Reductionshinderniss wurde mehrfach Interposition der Beugesehne beobachtet (Dupuytren, Brabazon, Trélat).

Fig. 9. Dorsalluxation des Daumenendglieds.

In der Regel gelingt die Reposition mittelst directem Druck oder jedenfalls unter Zuhilfenahme der besprochenen Zugzangen, in irreductiblen Fällen wurde mehrfach mit gutem Erfolg die Resection ausgeführt (Norris, Nelaton). Auch bei der Luxation des Daumenendglieds, wie bei der eigentlichen Luxation kann eine mehr laterale Dislocation des dislocirten Theils, eine seitliche Abweichung des Endglieds, dessen Gelenkfläche auf das Dorsum der 1. Phalanx luxirt ist, auffallen, eine wirkliche Lateralluxation kommt jedoch wohl nicht vor.

Auch hier kommen Repositionshindernisse, trotzdem wenig betreffende Literaturangaben hierüber vorliegen, nicht selten vor und ich hatte in relativ kurzem Zeitraum Gelegenheit, 2 derartige complicirte Fälle zu sehen, in denen die Beugesehne das Hinderniss darstellte, resp. die Interposition derselben die Einrichtung in gewöhnlicher Weise durch Extension oder Impulsion vereitelte.

(Schluss folgt.)

Referate u. Bücher-Anzeigen.

Emil Rotter: Die typischen Operationen und ihre Uebung an der Leiche. 3. Auflage mit 170 Abbildungen. München 1892, Verlag von J. F. Lehmann.

Nachdem erst vor relativ kurzer Zeit die 2. Auflage des Rotter'schen Buches hier besprochen wurde, liegt — der beste Beweis für die allgemeine Anerkennung der Vorzüge des Werkchens — schon die 3. Auflage vor. Die klare Anordnung des Stoffes, die kurze präcise Darstellung der verschiedenen Operationen, die sich sowohl von einer zu cursorischen Behandlung, als einem zu detaillirten, in Kleinigkeiten sich verlierenden Ausführen ferne hält, neben der topographschen Anatomie, den speciell bei dem Eingriff zu berücksichtigenden Momenten, doch genügend auf Modificationen, Indication, statistische Verhältnisse eingeht und dadurch die Lectüre zu einer wesentlich interessanteren macht, lässt (wie die Aufnahme zeigt) das Werk nicht nur für den studirenden, an der Leiche übenden Arzt, sondern auch für den praktisch thätigen Collegen, speciell den Feldarzt ein treffliches Hülfsbuch sein. Die klaren hübschen Holzschnitte in anschaulicher Grösse und reicher Zahl eingefügt, erhöben die Brauchbarkeit des Büchleins wesentlich; ebenso wird die Anführung einer Reihe anscheinend kleiner Momente, Verbesserungen etc., wie sie z. B. für den Feldgebrauch angegeben wurden, sowie eine Reihe von Rathschlägen hierin competenter Autoritäten, speciell von Nussbaum's von Vielen sehr geschätzt werden.

Der 3. Auflage wurde die Darstellung eines Instrumentariums beigefügt, in der gewiss richtigen Voraussetzung, dass der Studirende gerne die nothwendigsten Instrumente, die er im Operationscurs benützen lernt und die ihm später zur Ausführung der Operationen am Kranken dienen, auch in der Abbildung, mit den besonderen Bezeichnungen nach ihren Erfindern etc. seinem Lehrbuch eingereiht sieht. Es liess sich diese für die Anfänger berechnete Bereicherung ohne wesentliche Vermehrung des Volums erreichen und ist die Darstellung der nothwendigsten chirurgischen Instrumente eine gewiss ausreichende. Wenn Referent sich für die nächste Auflage einen Vorschlag gestatten soll, so würde er z. B. anstatt der Abbildung des aus Fig. 107 doch nicht genügend verständlichen Heurteloup'schen Blutegels lieber noch die Darstellung einzelner speciell für die Asepsis construirter Instrumente z. B. der Nyrop'schen Säge, die den Holzgriff vermeidet, der mannigfach brauchbaren Kocher'schen Kropfsonde etc. einschalten und neben der gewöhnlichen Myrtenblattsonde, die in der Praxis weit aus vorzuziehende dicke Silberöhrsonde, wie die für den Feldarzt wichtige Nélaton'sche Kugelsonde oder einen der neueren electrischen Kugelsucher beifügen. Referent zweifelt nicht, dass das Werkchen, das die neuesten Operationen und operativen Modificationen völlig berücksichtigt und somit völlig auf modernem Standpunkt steht, zu seinen bisherigen Freunden sich noch zahlreiche neue erwerben wird. Die hübsche Ausstattung macht das Buch auch äusserlich zu einem sehr handlichen. Ein ausführliches Autoren- und Sachregister ist nicht minder als Vorzug anzuerkennen.

Schreiber.

Vereins- und Congress-Berichte.

Berliner medicinische Gesellschaft.

(Originalbericht.)

Sitzung vom 2. December 1891.

Vorsitzender: Herr Virchow.

Herr **P. Guttmann** stellt ein Präparat vor von Defect des Septum ventriculorum bei einem 36jährigen Manne, das in seiner Ausbildung auf die 8. Fötalwoche zurückdatirt. Er hatte an dauernder Blausucht gelitten. 2) Ein gleiches Herz von einem Kinde von $1^1/_2$ Jahren. 3) Ein solches mit einem Defect im Septum atriorum. Beide Patienten hatten gleichfalls an Blausucht gelitten.

Unter 1000 Geborenen findet sich etwa 1 Fall von Missbildung am Herzen, und zwar am häufigsten der Defect des Septum ventriculorum. Unter 180 Blausüchtigen haben 100 diese Missbildung. In 75 Proc. tritt die Cyanose unmittelbar nach der Geburt, in anderen Fällen später, selten noch zwischen 12 und 15 Jahren auf. Diese ist das einzige sichere Symptom, die acustischen können ganz fehlen; von anderen Missbildungen findet sich die Stenose des Ostium pulmonale am häufigsten.

Herr **Schleich** demonstrirt einen Fall von Lymphangioma cavernosum mit lipomatöser Degeneration der intercavernösen Gewebe.

Herr **Schlange** bespricht einen ähnlichen Fall von viel bedeutenderer Grösse, der kürzlich in der kgl. Klinik operirt worden ist. Es fand sich ein grosser Stiel, der in's Mediastinum anticum zu führen schien und der unterbunden werden musste.

Herr **Weyl** demonstrirt Abbildungen des »Destructor«, des Ofenapparates, welcher in einigen englischen Städten zur Verbrennung der Abfallstoffe dient.

Herr **P. Guttmann**: Ueber **Salophen.**

Das Salophen (Bayer), das Acetyl-Para-Amidophenol, enthält 51 Proc. Salicylsäure, kann zu 6—8 g pro die ohne jeden Schaden gegeben werden und hat die Indicationen der Salicylsäure. Es ist von guter Wirksamkeit bei acutem Gelenkrheumatismus, ohne absolute Wirkung zu haben. Die antifebrile Wirkung ist schwach; bei chronischem Gelenkrheumatismus wirkt es wenig, die antineuralgische Wirkung ist unsicher, bei Cystitis kein Erfolg.

Herr **Patschkowsky: Ueber die Behandlung der Lungentuberculose und die Anwendung des Tuberculin.**

P. hat einige gute Erfolge bei Tuberculinanwendung gehabt. Er hat mit 384 Injectionen 16 Patienten behandelt, von denen er 4 als geheilt, 12 als wesentlich gebessert betrachtet. Von den 4 Geheilten hatten 3 daneben Larynxtuberculose.

Verein der Aerzte zu Halle a. S.

Sitzung vom 4. November 1891.

(Officielles Protokoll.)

Vorsitzender: Hr. Dr. Taeufert. Schriftführer: Hr. Dr. v. Herff.

Herr Privatdocent Dr. **Hessler** und Herr Dr. **Wagner: Complicationen in Hirn und Ohr nach einfachen Nasenoperationen.** Beide Vorträge sind in dieser Wochenschrift in extenso veröffentlicht.

Discussion. Herr Dr. Scharfe: Ich wundere mich, zu hören, dass auf der letzten Naturforscher-Versammlung die Ansicht ausgesprochen worden ist, dass eine Nachbehandlung der Cauterisation der Nasenmuscheln eigentlich gar nicht nöthig sei. Es ist doch gerade in letzter Zeit wiederholt, z. B. von Bresgen, auf eine recht sorgfältige Beobachtung und antiseptische Nachbehandlung dieser Wunden Gewicht gelegt und auch von anderen Seiten die Möglichkeit der Infection hervorgehoben worden. Dass die Nasenhöhle, zumal, wenn sie durch Tampons fest verschlossen ist, eine ganz vorzügliche Brutstätte für Mikroorganismen abgiebt, liegt auf der Hand. Aus der Praxis eines hier vor einigen Jahren verstorbenen Collegen ist mir — freilich nicht durch eigene Anschauung — ein unglückseliger Fall bekannt geworden, der mir hierher zu gehören scheint. Es handelte sich da um eine gewöhnliche sehr starke Epistaxis. Die Nase wurde mittels des Belloc-que'schen Röhrchens von hinten her tamponirt. Der Kranke bekam nach einigen Tagen Meningitis und starb. Die Tamponade soll mit gewöhnlicher Wundwatte gemacht worden sein. — Ob es Angesichts dieser Erfahrungen weiterhin gerechtfertigt ist, bei Tamponade der ganzen Nasenhöhle, wie es ja in der Regel geschieht, den Tampon 3 Tage und länger liegen zu lassen, bis er sich von selbst löst, oder ob es nicht vielleicht gerathener wäre, den wenn auch aseptischen Tampon (Jodoformgaze) täglich oder auch schon nach 12 Stunden, zu erneuern, wäre die Frage.

Was endlich die Technik der galvanocaustischen Operationen in der Nase betrifft, so scheint mir die Gefahr der Sepsis, besonders aber auch der Thrombose geringer zu werden, wenn man, statt der fast allgemein geübten Operation durch parallele Striche, durch galvanokaustische Stichelung sein Ziel zu erreichen sucht, wenn dies auch etwas mehr Zeit erfordern sollte. Besonders an der so gefährlichen mittleren Muschel kann man das so häufig kolbig verdickte vordere Ende sehr bequem mit ein oder zwei Stichen, die man etwas länger einwirken lässt, zum Schrumpfen bringen. Man hat dann keine grossen Schorfe, die sich leicht partiell ablösen und septische Keime einlassen, sondern ganz kleine, fest geschlossene runde Schorfe, die man übersehen und sorgfältig aseptisch behandeln kann, z. B. durch liegen bleibende kleine Jodoformtampons, welche die Nasenathmung nicht behindern.

Herr Prof. v. Bramann: Meine Herren! Wenn ich zu den Mittheilungen der Herren Collegen Hessler und Wagner mich zum Wort melde, so geschieht es nicht in der Absicht, über specialistische Dinge zu discutiren, sondern rein in der Absicht, die speciell von Herrn Collegen Hessler gegen die Anwendung der Tamponade nach den verschiedensten Richtungen erhobenen Vorwürfe zu entkräften und zu widerlegen.

Indem Herr Hessler sich auf eine eigene und ca. 20 in der Literatur bekannt gewordene Beobachtungen beruft, hält er sich zu der Forderung für berechtigt, dass die Tamponade der Nasenhöhle etc., auch die zur Blutstillung ausgeführte, nach spätestens 12 Stunden zu entfernen und eventuell zu erneuern sei, nachdem eine Ausspülung mit Borsäurelösung vorhergegangen sei: Ein längeres Liegenlassen der Tampons sei deshalb zu widerrathen, weil durch dieselben in den zahlreichen Nischen und Ausbuchtungen der Nasenwände, in die die Jodoformgaze nicht gelangt, leicht eine Secretverhaltung und deren Folgen erzeugt werden könnten, welche mit Fieber, nicht selten auch mit meningealen Reizungserscheinungen verbunden, ja selbst von Meningitis gefolgt sein könne. Diese Behauptung lässt sich aber angesichts der von den Chirurgen erzielten Erfolge unmöglich aufrecht erhalten, oder kann doch nur unter ganz bestimmten Voraussetzungen und in der Minderzahl der hierher gehörigen Fälle und auch da nur bedingt als zulässig gelten. Vor allem haben wir eine strenge Scheidung der für die Tamponade in Betracht kommenden Indicationen vorzunehmen und zwar müssen wir alle diejenigen Fälle, in welchen es sich um spontane Blutung oder um Blutung im Anschluss an eine grössere oder geringfügige, jedoch frische Verletzung einer sonst normalen Schleimhaut handelt, gesondert betrachten neben jenen, bei welchen es sich um grob anatomisch nachweisbare pathologische Veränderungen, Ulcerationen, Nekrosen und nicht mehr frische, sondern eitrig belegte und inficirte Wunden handelt, zu welchen ich jedoch kleine Aetz- und Brandwunden nicht rechnen möchte.

Die Blutstillung verbietet im Allgemeinen einen zu frühzeitigen Wechsel der Tampons absolut, denn der dabei, zumal bei öfterer Wiederholung der Procedur, stattfindende Blutverlust gefährdet ernstlich das Leben der Patienten, während andererseits die von Herrn Collegen Hessler gegen die Dauertampons in's Feld geführten Bedenken weder von seinen Specialcollegen und noch weniger von den Chirurgen getheilt und als berechtigt anerkannt werden dürften.

Die Sicherheit, mit welcher die Jodoformgazetamponade die Blutung stillt und die Gefahrlosigkeit selbst bei längerem Liegenlassen des Tampons haben wir bei Blutern, sowie nach grösseren chirurgischen Eingriffen, nach Exstirpation von Tumoren der Schädelbasis, des Nasenrachenraumes und des Oberkiefers hinreichend kennen und schätzen gelernt; und die einzigen Störungen, die bei 4, 5 und 8tägiger Tamponade gelegentlich eintreten, waren die der Jodoformintoxication, welche aber in den von mir beobachteten Fällen nach Entfernung der Jodoformgaze stets geschwunden sind. Die dabei vorhandenen Symptome, Temperatursteigerung und mehr oder weniger ausgesprochener Benommenheit und Unruhe, sind aber auch der beginnenden Meningitis, der Sepsis und, vom Schüttelfrost abgesehen, der Pyämie eigen, und kommen in geringeren Graden bei Secretverhaltung vor. Dass die letztere in den von den tamponirenden Stoffen nicht ausgefüllten Nischen und Buchten der Nasenhöhle hinter dem Tampon möglich sei und durch den Tampon selbst bedingt wird, darf bei ausgedehnter Erkrankung, Ulceration und Nekrose der Schleimhaut und gleichzeitig bestehender Eiterung nicht Wunder nehmen, aber in diesen complicirten Fällen ist die Tamponade, das feste Ausstopfen der Nase mit Jodoformgaze zur Blutstillung nur äusserst selten erforderlich, und wo sie einmal indicirt, genügt eine kurzdauernde Tamponade wohl ausnahmslos. Dass man aber auch hier die Secretverhaltung nicht zu sehr zu fürchten braucht, hat mir besonders deutlich folgender Fall gezeigt:

Bei einem kräftigen Herrn, der wegen Stockschnupfens von einem Specialisten in mehreren schnell aufeinanderfolgenden Sitzungen cauterisirt worden war, hatte sich nach der Schlusssitzung heftiges Nasenbluten eingestellt, zu dessen Stillung nach vergeblicher Anwendung anderer Mittel die Ausstopfung der Nase mit Eisenchloridwatte schliesslich versucht war, aber auch mit nur vorübergehendem Erfolg. Obgleich bei Extraction der Eisenchloridwatte wohl der grösste Theil der nekrotischen Nasenschleimhaut folgte, konnte die erste Tamponade mit Jodoformgaze 3, die zweite 4 Tage liegen bleiben und trotzdem fehlten alle Erscheinungen von Secretretention und auch die einer Meningitis. Die grosse Verschiedenheit, welche die von den einzelnen Collegen mit der Tamponade erzielten Resultate aufweisen, glaube ich zum grössten Theile auf die Verschiedenartigkeit der technischen Ausführung zurückführen zu dürfen. Symptomatisches Vorgehen ist auch hier unerlässlich; will man die todten Räume beim Tamponiren vermeiden, alle Nischen möglichst berücksichtigen und mit Gaze füllen, so geschieht dieses am zweckmässigsten in der Weise, dass nach Einführung eines Tampons in die Choanen mittelst des Belloque'schen Röhrchens der obere Nasengang zunächst, dann der mittlere und endlich der 3. tamponirt werden, während dessen die in den Choanen liegenden Tampons mit den Fingern der linken Hand in ihrer Lage fixirt werden. Auf diese Weise wird die ganze Höhle gleichmässig und nicht gar zu fest gefüllt und damit Blutstillung und Aufsaugung des von den Wänden abgesonderten Secretes auch bei längerem Liegenlassen des Tampons erreicht. Die auf diese Weise von den Chirurgen mit der Jodoformgazetamponade erzielten schönen Resultate dürften wohl ausreichend sein, um die von Herrn Collegen Hessler gegen die Tamponade erhobenen Vorwürfe als nicht berechtigt erscheinen zu lassen.

(Schluss folgt.)

64. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte.

Halle a. S., 21.—25. September 1891.

Section für innere Medicin.

(Schluss.)

Unna-Hamburg spricht über Favuserkrankung. Er hat 9 verschiedene Arten des Favuspilzes gefunden, darunter namentlich 3, denen ein besonderes klinisches Bild entspricht, wie sich auch experimentell feststellen liess.

Kohlschütter-Halle a. S. demonstrirt ein Instrument, Aquometer, das bestimmt ist die relative Feuchtigkeit der Haut zu messen und bespricht einige mit demselben angestellte Versuche. So fand er, dass das Aquometer, also die Feuchtigkeit, im Schlaf, bei Bewegungen, beim Husten, bei Action der Bauchpresse steigt. Das Steigen beim Husten beruht nicht auf venöser Stauung, sondern auf einem Reflex vom Kehlkopf aus; das Phänomen verschwindet, wenn man den Kehlkopf vorher cocainisirt; das Aquometer reagirt ferner auf jede Schmerzempfindung der Versuchsperson und zwar steigt es parallel mit der Empfindlichkeit des Individuums. Es muss dahin gestellt bleiben, in wie weit des Instrument sich eignet zur Prüfung der objectiven Schmerzempfindung.

v. Mering-Halle a. S. berichtet über eine Typhusepidemie in den beiden Gefängnissen in Strassburg, welche er auf den Genuss von Milch zurückführt. Er liess sich nachweisen, dass nur solche Gefangene erkrankten, welche Milch aus den Gefängnisscantinen bezogen hatten und es war ferner festzustellen, dass in den Dörfern, aus denen die Milch stammte, Typhusfälle vorgekommen waren. Bis dahin war Typhus in beiden Anstalten nur sehr vereinzelt aufgetreten. Mit dem Verbot des Milchgenusses erlosch auch die Epidemie bald.

Dehio: Ueber Bradycardie.

Die Ursachen der Bradycardie können theils in Reizung des Vaguscentrums im Gehirn, z. B. bei Apoplexie, basaler Meningitis, Hirntumoren etc. theils im Herzen selbst gelegen sein bei chronischen Herzfehlern. Für viele Fälle ist es jedoch zweifelhaft, ob es sich um cardiale oder extracardiale Bradycardie handelt, z. B. für die B. im Wochenbett, bei acuten Infectionskrankheiten, bei Chlorose.

Zur Entscheidung dieser Frage wandte Dehio subcutane Injectionen von Atropin an; durch dieselben verschwindet die B., die auf Reizung des Vagus beruht, während sie bei cardialer Bradycardie fast wirkungslos bleiben. So stieg z. B. in einen Falle von Apoplexia cerebr. nach Injection von 0,0016 Atropin die Pulszahl innerhalb einer halben Stunde von 48 auf 144, während in einem Falle von Arteriosklerose mit Herzhypertrophie der Puls nur von 25 auf 33 Schläge erhöht wurde, in einem Falle von Aortainsufficienz nur von 40 auf 45, in einem Falle von Mitralinsufficienz nur von 44 auf 47. In diesen Fällen war somit die Bradycardie keine extracardiale, sondern im Herzen gelegen. Die cardiale Bradycardie tritt meist bei Fettherz und fettiger Degeneration des Herzens, bei Sklerose der Coronararterien, bei Aorta- und Mitralstenosen auf; ihre eigentliche Ursache liegt jedoch in einer Erkrankung der die Herzthätigkeit regulirenden automatischen Centren des Herzens.

Volland: Ueber den Weg der Tuberculose zu den Lungenspitzen.

Volland glaubt, dass die tuberculöse Infection der Lungenspitzen eine secundäre ist, und zwar von den primär inficirten Supraclaviculardrüsen her, die er bei einer grossen Anzahl von Kindern tuberculös geschwellt gefunden hat. Die Ursache für die häufige Infection der Supraclaviculardrüsen bei Kindern erblickt er in dem Herumrutschen derselben auf dem Boden; mit den beschmutzten Händchen würden dann kleine Epithelverluste der Nase und Lippen etc. berührt und inficirt.

Francke-München: Das Leben der Zelle.

Der Inhalt des Vortrags lässt sich in einem kurzen Referat nicht zusammenfassen.

Weber-Halle a. S.: Ueber die anästhesirende Wirkung des Pental. Pental ist Tertiär-Amylen und eignet sich, wie bereits zahlreiche unternommene Narkosen gezeigt haben, zur Herstellung kurz dauernder (längste Narkose 10 Minuten) Narkosen. Es hat vor Aether, mit welchem es die leichte Entzündlichkeit theilt, und Chloroform den Vorzug 1) des angenehmen Geruches, 2) des Mangels eines Excitationsstadiums, 3) der Vermeidung von Uebligkeiten, Kopfschmerzen, Erbrechen. Es übt keinen Einfluss auf Puls und Herz, in einigen Fällen zeigten sich die Pupillen erweitert, öfter Speichelfluss. Es ist am zweckmässigsten, das Pental mit dem Junker'schen Apparate einathmen zu lassen. Nach längstens vier Minuten erweist sich der Patient soweit betäubt, dass die vorgenommene kleinere Operation ausgeführt werden kann. Die Patienten sind während der Narkose nicht unbesinnlich oder sehr leicht zum Bewusstsein wieder zurückzurufen.

Rubinstein-Berlin berichtet über die von ihm schon auf dem Chirurgencongress in Berlin mitgetheilte Behandlung der Tuberculose mit Guajacol.

Althoff demonstrirt die von ihm bei Affen durch länger fortgesetzte Morphiuminjectionen künstlich erzeugte Degeneration der Hinterstränge.

Tagesgeschichtliche Notizen.

München, 22. December. Die freie Commission, welche zusammengetreten ist, um vor der 3. Lesung des Krankenkassengesetzes über einige bestehende Differenzpunkte Einigung zu erzielen, hat ihre Arbeiten begonnen. Unserer Information zu Folge hat dieselbe alle Amendements zu § 6 abgelehnt, so dass es bei der Fassung der 2. Lesung sein Bewenden haben wird. Die Hoffnung, dass es noch in der 3. Lesung des Gesetzes gelingen möge, den Wunsch des Aerztestandes durchzusetzen und das Kurpfuscherthum von der Behandlung der Cassenmitglieder endgiltig auszuschliessen, dürfte somit getäuscht werden.

— Ueber Todesfälle und Erkrankungen an Influenza sind beim K. Gesundheitsamt nachstehende Meldungen eingegangen: Altona 7 (Vorwoche 8), Braunschweig 2, Charlottenburg 3 (4), Dresden 2, Frankfurt a. O. 8, Kiel 5, Stettin 10, Paris 6 (5), London 9 (13), Kopenhagen 15 Todesfälle; Berlin (4 Krankenhäuser) 137. Frankfurt a. O. 786 (575), Nürnberg 16, Posen 30, Kopenhagen 3979 (1359) Erkrankungen.

— Intensiveres epidemisches Auftreten der Influenza wird nunmehr auch aus Belgien, aus den Vereinigten Staaten und aus Odessa gemeldet. In der letzteren Stadt sind über 9000 Personen erkrankt und die Sterblichkeit hat eine beunruhigende Höhe erreicht. In Kijew, Charkow, Elisabethgrad, Kischenew und anderen grossen Städten liegt nahezu ein Drittel der Bevölkerung an der Krankheit darnieder. In Kopenhagen ist die Epidemie noch immer im Steigen begriffen. Die Mortalitätsziffer hat die Höhe von 48 erreicht.

— Von deutschen Städten über 40,000 Einwohner hatten in der 48. Jahreswoche, vom 29. November bis 6. December 1891, die geringste Sterblichkeit Metz mit 12,0, die grösste Sterblichkeit Frankfurt a. O. mit 48,4 Todesfällen pro Jahr und 1000 Einwohner. Mehr als ein Zehntel aller Gestorbenen verstarb an Masern in Barmen, Köln, Mannheim; an Scharlach in Plauen i. V.; an Diphtherie und Croup in Darmstadt, Dresden, Duisburg, Halle, Remscheid, Stuttgart, Zwickau.

— Am 5. Januar 1892 wird in Venedig die Internationale Sanitätsconferenz zu einer Sitzung zusammentreten. Zur Berathung gelangen: 1) Die Frage der Quarantäne bei Passiren des Suezcanals 2) Die Reorganisation des internationalen Sanitätsraths in Alexandrien. Die Initiative zu dem Zusammentritt der Conferenz geht von Oesterreich-Ungarn aus; alle interessirten Mächte sind beigetreten, und es ist vereinbart, dass jede derselben nur eine Stimme haben soll, während die Zahl der Delegirten nicht beschränkt ist.

— Sanitätsrath Dr. Cohn in Elbing feierte am 13. December das 60 jährige Jubiläum seiner Ernennung zum Ehrenbürger jener Stadt. Diese Auszeichnung wurde dem Jubilar in Anerkennung seiner aufopfernden Thätigkeit bei Gelegenheit der Cholera-Epidemie zu Theil.

(Universitäts-Nachrichten.) **Berlin.** Am 19. ds. habilitirte sich als Privatdocent für medicinische Chemie Dr. Hans Thierfelder; derselbe war seit 1887 Privatdocent in Strassburg. Prof. Bardeleben wurde anlässlich seines 50 jährigen Dienstjubiläums in den erblichen Adelsstand erhoben. — **Leipzig.** Nach der über den beabsichtigten Neubau der Universitätsgebäude dem Landtage zugegangenen Vorlage sollen das jetzige Senatsgebäude, das Convictgebäude und das alte Paulinum, in dem bisher die Universitätsbibliothek untergebracht war, vollständig abgebrochen werden und Neubauten Platz machen, die man in Ziegelrohbau aufzuführen gedenkt. In diesen Neubauten beabsichtigt man 29 Hörsäle mit 30—420 Sitzplätzen herzustellen. Die Gesammtkosten der beabsichtigten Bauten sind auf 2,880,000 M. veranschlagt. Während des Neubaues soll in der seitherigen Frauenklinik, dem sog. Trier'schen Institut am Grimmai'schen Steinweg, der nöthige Platz für die in Wegfall gekommenen Räume geschaffen werden.

Basel. Prosector Dr. L. v. Lenhossék wurde zum Professor extraord. ernannt. — **Neapel.** Dr. Tedeschi hat sich als Privatdocent für Pathologie habilitirt. — **Prag.** Privatdocent Dr. Mischel wurde zum ausserordentlichen Professor an der czechischen medicinischen Facultät ernannt.

(Todesfälle.) In Brüssel starb der berühmte Chemiker Jean Servais Stas im 79. Lebensjahr.

In Petersburg starb der em. Professor der militär-medicinischen Academie Dr. E. Brandt an Influenza.

In Neapel starb der Professor der Chirurgie Dr. Palasciano im 78. Lebensjahre.

In London starb Sir James Risdon Bennet, Ex-Präsident des Royal College of Physicians, im Alter von 82 Jahren.

Personalnachrichten.

Bayern.

Auszeichnung. Dem k. Landgerichtsarzt Dr. Schramm in Eichstätt wurde gelegentlich der Bewilligung seiner Versetzung in den dauernden Ruhestand in huldvollster Anerkennung seiner langjährigen treuen und vorzüglichen Dienstleistung der Titel und Rang eines k. Medicinalrathes gebührenfrei verliehen.

Niederlassungen. Dr. Carl Gessner, appr. Erlangen 1885, als Augenarzt in Bamberg; Dr. Jacob Weber in Ebnath, B.-A. Kemnath.

Functionsübertragung. Die erledigte Function des Hausarztes beim Zuchthause Wasserburg wurde dem k. Bezirksarzt Dr. J. B. Giehrl dortselbst übertragen.

Morbiditätsstatistik d. Infectionskrankheiten für München

in der 50. Jahreswoche vom 6. Dec. bis 12. December 1891.

Betheil. Aerzte 320. — Brechdurchfall 20 (21*), Diphtherie, Croup 73 (59), Erysipelas 6 (11), Intermittens, Neuralgia interm. 2 (2), Kindbettfieber 2 (3), Meningitis cerebrospin. — (—), Morbilli 39 (31), Ophthalmo-Blennorrhoea neonatorum 5 (8), Parotitis epidemica 5 (4), Pneumonia crouposa 22 (21), Pyaemie, Septicaemie 1 (—), Rheumatismus art. ac. 22 (25), Ruhr (dysenteria) — (—), Scarlatina 23 (20), Tussis convulsiva 34 (38), Typhus abdominalis — (2), Varicellen 41 (52), Variola — (—). Summa 295 (297). Dr. Aub, k. Bezirksarzt.

Uebersicht der Sterbfälle in München

Während der 50. Jahreswoche vom 6. Dec. bis 12. incl. Dec. 1890.

Bevölkerungszahl 349,000 [1])

Todesursachen: Pocken — (—*), Masern — (—), Scharlach 2 (5), Rothlauf — (—), Diphtherie und Croup 5 (6), Keuchhusten 2 (2), Unterleibstyphus — (—), Brechdurchfall 2 (3), Kindbettfieber 1 (—), Croupöse Lungenentzündung 2 (1), Genickkrampf — (—), Blutvergiftung — (—), Acut. Gelenkrheumatismus 1 (—), andere übertragbare Krankheiten — (—).

Die Gesammtzahl der Sterbefälle 146 (162), der Tagesdurchschnitt 23.9 (20.1). Verhältnisszahl auf das Jahr und 1000 Einwohner im Allgemeinen 21.8 (24.7), für die über dem 1. Lebensjahre stehende Bevölkerung 15.0 (15.2), für die über dem 5. Lebensjahre stehende 13.4 (13.2).

*) Die eingeklammerten Zahlen bedeuten die Fälle der Vorwoche.

Verlag von J. F. Lehmann in München. — Druck der Akademischen Buchdruckerei von F. Straub in München.

A. Denaeyer's Entgegnung

auf einen Artikel von

DR. GERLACH,

erschienen in No. 43 der „Münchener Medicinischen Wochenschrift" von 1891,

betreffend

Denaeyer's Fleischpepton.

Herr Dr. Valentin Gerlach versucht noch einmal in einer Beilage der „Münchener Medicinischen Wochenschrift" No. 43 vom 27. October a. c. seine Angriffe gegen Denaeyer's flüssiges sterilisirtes Fleischpepton aufrecht zu erhalten resp. fortzusetzen.

Zu diesem Zweck zergliedert er meine Entgegnung auf seinen Artikel in No. 21 der „Münchener Medic. Wochenschrift" (siehe No. 37 der „Münch. Medic. Wochenschrift") in 11 Theile.

Wenngleich ich noch jetzt den Nachdruck hauptsächlich darauf zu legen bitte, dass Herr Dr. Gerlach ohne irgend welche ernährungsphysiologische Versuche ein Urtheil über mein Pepton abgeben will, und dass er in chemischer Beziehung nach meinen Darlegungen nicht zu einem competenteren Urtheile, wie wirklich namhafte Gelehrte, berechtigt erscheinen kann, so will ich doch seiner Zergliederung meines Artikels folgen und hier noch einmal kurz die Unhaltbarkeit seiner Beweismomente festhalten.

Selbstverständlich verzichte ich darauf, mich mit Herrn Dr. Gerlach über den Begriff der „persönlichen Anzapfung", die er mir vorwirft, auseinanderzusetzen, muss jedoch hier betonen, dass meine Andeutung über die Beweggründe des „Schmitt'schen Laboratoriums" zu seinem Vorgehen gegen das von mir hergestellte Präparat — dies soll jedenfalls die Anzapfung sein — auch von unparteiischer Seite doch wohl anders aufgefasst werden dürfte. Es stehen augenscheinlich, wie aus den eigensten Worten der beiden Peptonverständigen des Schmitt'schen Laboratoriums, Dr. Gerlach und Dr. Niederhäuser, hervorgeht, „Kemmerich's Fleischpepton" und die Artikel der beiden genannten Herren im engsten Zusammenhange.

Zur Sache!

1) Die Ungleichmässigkeit in der Zusammensetzung von Denaeyer's Fleischpepton, mit welcher Herr Dr. Gerlach seine ungenügende Prüfung meines Präparates entschuldigt, findet ihre Erklärung, wie ich schon einmal auseinandersetzte, namentlich in der bis vor Kurzem fortschreitend verbesserten Fabrikationsmethode; ich konnte auch dem entsprechend allmählich die Angaben über den Gehalt meines Fabrikates erhöhen. Daneben ist allerdings noch der modus operandi bei der Gehaltsbestimmung des flüssigen Peptons zu beachten, der ebenfalls nicht immer derselbe war. Während ich jetzt unter „Gehalt an Trockenrückstand" ***(trockenem Fleischpepton im gewöhnlichen Sinne des Wortes)*** den durch Austrocknen bei 105 Grad im Trockenschrank bis zum constanten Gewicht erhaltenen Rückstand verstehe, bestimmte ich früher den Gehalt in anderer Weise. Eine von Herrn Dr. Gerlach citirte und ihm deshalb doch bekannte, auf Veranlassung von Denaeyers Compagnie von den Herren Lipmann und Geffcken zusammengestellte Broschüre: „***Peptone, Peptonate. Hamburg 1890***" gibt hierüber genauere Auskunft auf Seite 39. Die dort beschriebene Bestimmungsart,

6 Stunden im Dampfbade erhitzen und zweistündiges Austrocknen im Schwefelsäure-Exsiccator, mag allerdings kleine Schwankungen zulassen.

Dadurch, dass diese Verhältnisse veröffentlicht werden, darf ich auch wohl beanspruchen, dass sie bei einer Beurtheilung meiner derzeitigen Angaben in Betracht gezogen werden. Betonen will ich,

dass die jetzt bei meinen Depositeuren erhältliche Waare durchschnittlich einen Trockenrückstand im streng chemischen Sinne von über 20 Procent hinterlässt, und damit dürfte dieser Punkt erledigt sein.

2) Herr Dr. Gerlach steht scheinbar der Thatsache kopfschüttelnd gegenüber, dass mein Präparat, nachdem es bei klinischen Versuchen vor den Concurrenzpräparaten sich ausgezeichnet hat, vielfach von Aerzten verordnet nicht nur „wurde", sondern auch „wird".

Interessanter wäre es jedenfalls, statt dass uns Herr Dr. Gerlach mittheilt,

dass ihm diese Thatsache nicht zur Richtschnur bei seiner „wissenschaftlichen Untersuchung" gedient hat,

wenn er uns positive Aufklärungen darüber geben würde, was ihm überhaupt als Richtschnur diente? Das würde jedenfalls Manches aufklären.

3) Dr. Gerlach sagt:

Es existiren meines Wissens keine ernährungsphysiologischen Versuche mit Denaeyer'schem Fleischpepton.

Dass Peptonpräparate zur Ernährung eines Individuums, dessen Magen die zugeführte Fleischnahrung nur schlecht oder gar nicht zu verdauen im Stande ist, oder dem die Verdauungsthätigkeit in Folge einer Krankheit nicht zugemuthet werden darf, sehr geeignet sind zur Kräftigung bezw. zur möglichen Erhaltung der Kräfte — diese Frage ist längst entschieden. In dieser Hinsicht können übrigens auch Ernährungsversuche an Versuchsobjecten mit gesundem Magen, seien sie Mensch oder Thier, doch nur bedingungsweise Werth haben, während in erster Reihe klinische Versuche hierfür massgebend bleiben. Solche klinische Versuche mit meinem Pepton sind aber stets vortheilhaft im Vergleich zu anderen Handelspeptonen ausgefallen.

Ernährungsversuche an gesunden Individuen beleuchten nur die Frage des Nährwerthes bei einer vergleichenden Untersuchung von Peptonen. Diese ist aber selbstverständlich bei gleichen Mengen Stickstoff um so grösser, je grösser im Verhältniss zum Gesammt-Stickstoff der Gehalt an „Albumosen-Pepton-Stickstoff" ist, d. h. mit andern Worten, je weniger Zersetzungsprodukte des Eiweisses in einem Pepton vorhanden sind, desto grösser ist sein Nährwerth. — Nicht nur die Ergebnisse meiner eigenen Untersuchungen, mit denen ich mich nicht, wie Herr Dr. Gerlach mit den seinigen, begnügte, sondern auch die Analysenresultate gerade der anerkanntesten Autoritäten zeigen, dass der Gehalt an „Albumosen-Pepton-Stickstoff" im Vergleich zum Gesammt-Stickstoff in meinem Präparat unübertroffen ist.

4) Dieser Absatz der letzten Gerlach'schen Publication bedarf einer ausführlichen Widerlegung. Dr. Gerlach schreibt:

»Denaeyer's Fleischpepton enthält kein wirkliches »Pepton im Sinne Kühne's. In einer von Denaeyer's Peptones Company herausgegebenen »Druckschrift findet sich in einer Arbeit von »Prof. Dr. Krukenberg-Jena folgender Passus: »„Veritable, durch Sättigen mit neutralem Ammoniumsublimat nicht fällbare Peptone fehlten »in dem Präparate gänzlich." Somit bestreitet »Denaeyer, was von seiner „Company" selbst »veröffentlicht wird.«

Hinsichtlich des Peptongehaltes stehen sich, wenn ich von dem Ergebnisse meiner eigenen Untersuchungen absehe, also immer noch die Analysenresultate der Herren Prof. Fresenius, Prof. Viollette, Prof. Heaton, Prof. Mirland, Dr. Bertschinger einerseits und andererseits des Herrn Dr. Valentin Gerlach gegenüber. Ich werde an anderer Stelle in einer Entgegnung auf einen Artikel des Herrn Dr. Niederhäuser, des Mitarbeiters von Herrn Dr. Valentin Gerlach, veranlasst durch die Eigenartigkeit meiner beiden Herren Widersacher, in extenso eine leicht ausführbare Methode beschreiben, um in einem Fleischpepton nicht nur qualitativ, sondern auch quantitativ das wirkliche Pepton zu bestimmen.

An dieser Stelle möchte ich bemerken, dass Herr Prof. Ewald-Berlin, dessen Competenz wohl Niemand anzweifeln wird, mich noch vor einigen Tagen ausdrücklich autorisirt hat, zu erklären, dass er stets bis zur jüngsten Vergangenheit bei seinen privatim ausgeführten Untersuchungen meines Präparats die Anwesenheit wirklichen Peptons festgestellt habe.

Was die diesbezügliche Beurtheilung meines Peptons von Seiten des verstorbenen Herrn Prof. Krukenberg anbetrifft, so wird wohl Niemand im Ernste annehmen, und so auch wohl Herr Dr. Valentin Gerlach nicht, dass ich Das nicht gekannt, was über Denaeyer's Pepton veröffentlicht wurde; das Urtheil des Herrn Prof. Krukenberg habe ich publicirt wie das anderer Autoren und dadurch meine völlige Unparteilichkeit bewiesen.

Ich muss hierbei aber erwähnen, dass mir Herr Prof. Krukenberg testamentarisch die zwei erschienenen Hefte seiner *„Chemischen Untersuchungen zur wissenschaftlichen Medicin“* mit wichtigen Notizen von eigener Hand hinterlassen hat mit der Bitte, davon Gebrauch zu machen, um seine Untersuchungen über mein Präparat zu vervollständigen. Den Werth meines Präparats hatte danach schliesslich auch Herr Prof. Krukenberg in Uebereinstimmung mit anderen Autoren sehr wohl erkannt.

Das konnte natürlich Herr Dr. Gerlach ebenso wenig wie sein Kampfgenosse Dr. Niederhäuser, der genau dasselbe zu schreiben sich veranlasst fühlt, bisher wissen.

5) Weiter sagt Dr. Gerlach:

»Bei der peptischen Verdauung entstehen — relativ viel Albumosen und nur wenig Pepton.«

Die Menge des Peptons schwankt in den Fleischpeptonen selbstverständlich nach der Fabrikationsmethode; das Vorhandensein von nur wenig Pepton in einem durch peptische Verdauung hergestellten Fleischpepton erscheint aber noch nicht als eine genügende Erklärung, dass Herr Dr. Gerlach überhaupt kein Pepton fand; der Grund hierfür muss also immer noch in etwas Anderem gesucht werden.

6) Die Biuretreaction, welche allerdings auch ohne Entfernung des Ammoniaks eintritt, wird mehr sichere Resultate ergeben, wenn sie so angestellt wird, wie ich in meiner Entgegnung Nr. 37 der *„Münch. Med. Wochenschr.“* und an anderen Stellen angegeben habe. Die Gründe hierfür sind für Jeden, der mit Pepton-Analyse betraut ist, von selbst einleuchtende.

7) Herrn Dr. Gerlach kommt es gar nicht darauf an, sich unter Umständen mit seinen eigenen Gründen zu schlagen, namentlich, wenn er sich auf eine auch von ihm anerkannte Autorität stützen kann. Herr Provisor Crismer, den Herr Dr. Niederhäuser, der Mitarbeiter des Herrn Dr. Gerlach, in der Eile zum Professor hat avanciren lassen, hat freilich mein Präparat eine *„Bouillon gélatiné et boriqué“* genannt. Dabei hat selbst Herr Dr. Gerlach die Albumose in meinem Peptone gefunden und ferner ist wohl nach 4) die Anwesenheit von wirklichem Pepton über jeden Zweifel erhaben. Herr Dr. Gerlach giebt uns somit, wenn er die Bezeichnung ***Bouillon*** für mein Präparat adoptirt, ein Räthsel auf, dessen Lösung er schuldig bleibt und ewig bleiben dürfte:

Wie kommen die Albumosen und das Pepton in eine Bouillon?

Und doch kann ich dem Herrn Dr. Gerlach dankbar sein für seine Anerkennung der Autorität des Herrn Provisor Crismer. Herr Dr. Gerlach würde wohl den Ausdruck ***Bouillon*** nicht unkritisirt haben durchgehen lassen, wenn nicht mein Fabrikat hinsichtlich des Geschmackes einer Bouillon vergleichbar wäre und in dieser Beziehung den höchsten Anforderungen genügte, die überhaupt an ein rationell hergestelltes wirkliches Fleischpepton gestellt werden können.

8) Die Erklärung für die im Laufe der Zeit nicht immer gleiche Concentration von Denaeyer's flüssigem sterilisirten Fleischpepton habe ich wiederholt und auch oben unter Absatz 1) gegeben.

9) Herr Dr. Gerlach hatte durchaus nicht nöthig, zu constatiren, dass er Kemmerich's Pepton sehr genau kenne; die Lobrede, die er darüber in seinem Buche *„Die Peptone etc.“* hält, zeigt es hinreichend.

10) Hierin liegt das Zugeständniss, dass die völlige Abwesenheit von Pepton in Kemmerich's Fleischpepton auch von Herrn Dr. Gerlach anerkannt wird; welchen Werth darnach die Argumente haben, sofern sie sich auf den von Herrn Dr. Gerlach übersehenen Gehalt von wirklichem Pepton in meinem Präparat beziehen, und letzteres in directer Gegenüberstellung zu dem eingestandenermassen sehr gut von ihm gekannten Kemmerich's Pepton herabsetzen sollen, um dies zu erkennen, dazu braucht man nicht einmal Chemiker zu sein.

11) Nachträglich findet Herr Dr. Gerlach, dass er sich doch nicht genügend über Denaeyer's Pepton unterrichtete, bevor er über dasselbe zu schreiben Veranlassung hatte; das Vorhandensein von Spuren Borsäure in meinem Präparat, für das ich die Erklärung gegeben und das in keiner Weise zu so langen Deductionen und masslosen Angriffen berechtigte Veranlassung gibt, war auch schon ohne Dr. Gerlach in der Fachpresse bekannt und ist nie von mir geläugnet worden.

Auf Verlangen wird in meiner Fabrik auch vollständig borsäurefreies Pepton hergestellt und von mir in den Handel gebracht; dass aber die geringen Spuren Borsäure, die sonst auf die dargelegte Weise in das von mir hergestellte Pepton gelangen, allgemein nicht beanstandet und als indifferent angesehen werden, dafür erblicke ich den Beweis auch darin, dass das borsäurefreie Präparat nur ganz ausnahmsweise gefordert wird.

Diese Zeilen werden vorläufig hinreichend über den wirklichen Inhalt der Angriffe des Herrn Dr. Gerlach gegen mein Präparat Aufklärung geben, sie werden darüber unterrichten,

dass Denaeyer's flüssiges sterilisirtes Fleischpepton, im Gegensatz zu anderen sogenannten Fleischpeptonen, ein wirkliches Fleischpepton ist und dass es allen Ansprüchen gerecht wird,

— namentlich, nachdem die definitive Fabrikationsmethode festgestellt ist, die man an ein solches stellen kann.

Sapienti sat.

Brüssel, im December 1891.

A. Denaeyer.

Verlag von J. F. Lehmann in München. — Druck der Akademischen Buchdruckerei von F. Straub in München.

Die Verhandlungen der bayerischen Aerztekammern
im Jahre 1891.

Protokoll der Sitzung der Aerztekammer von Oberbayern.

München, den 28. October 1891.

Beginn der Sitzung Morgens 9 Uhr.

Anwesende: Der k. Regierungs- und Kreismedicinalrath Dr. Vogel, als k. Regierungscommissär. Als Delegirte der Bezirksvereine: B.-V. Aichach-Schrobenhausen: Dr. Meier, k. Bezirksarzt in Friedberg; B.-V. Ebersberg-Miesbach-Rosenheim: Dr. Dorffmeister, k. Bezirksarzt in Ebersberg und Dr. Schelle, k. Bezirksarzt in Rosenheim; B.-V. Erding: Dr. Giehrl, designirter k. Bezirksarzt in Wasserburg; B.-V. Freising-Moosburg: Dr. Brug, k. Bezirksarzt in Freising; B.-V. Ingolstadt-Pfaffenhofen: Dr. Vanselow, prakt. Arzt in Wolnzach; B.-V. Mühldorf-Neuötting: Dr. Weiss, prakt. Arzt in Neumarkt a. R.; B.-V. München: Medicinalrath Dr. Aub, k. Bezirksarzt, Hofrath Dr. Brunner, Oberarzt, Hofrath Dr. Schnizlein, prakt. Arzt, sämmtlich in München; B.-V. Traunstein-Reichenhall: Hofrath Dr. Rapp, bezirksärztlicher Stellvertreter in Reichenhall; B.-V. Wasserburg: Dr. Glonner, prakt. Arzt in Wasserburg; B.-V. Weilheim-Landsberg: Dr. Burkart, k. Bezirksarzt in Schongau.

Vor Beginn der Verhandlungen wurden die Delegirten von Seiner Excellenz dem Herrn Regierungspräsidenten Freiherrn von Pfeufer empfangen.

Nach Begrüssung der Versammlung durch den k. Regierungscommissär, Herrn Regierungs- und Kreismedicinalrath Dr. Vogel, Namens der k. Regierung, beruft der Alterspräsident, Bezirksarzt Dr. Brug, zum Schriftführer ad hoc Dr. Brunner und nimmt die Wahl des Ausschusses vor.

Gewählt wurden:

1) Vorsitzender: Dr. Aub,
2) Stellvertreter des Vorsitzenden: Dr. Brug,
3) Schriftführer: Dr. Brunner,
4) Cassier: Dr. Schnizlein.

Die Gewählten erklären die Annahme der auf sie gefallenen Wahl.

Dr. Aub übernimmt den Vorsitz.

Der k. Regierungscommissär, Regierungs- und Kreismedicinalrath Dr. Vogel erstattet sodann eingehenden und erschöpfenden Bericht über die Sanitätsverhältnisse des Kreises Oberbayern im Jahre 1890 unter Mittheilung von tabellarischen Zusammenstellungen und Diagrammen.

Der Vorsitzende spricht dem k. Regierungscommissär für seinen interessanten Bericht den Dank der Kammer aus und gibt alsdann die Tagesordnung bekannt.

1) Bericht über die Thätigkeit des ständigen Ausschusses pro 1890/91.

Der Vorsitzende: Der ständige Ausschuss hat die Versendung der Separatabdrücke des Protokolles der vorjährigen Aerztekammer an die Vorstände der oberbayerischen Bezirksvereine bewirkt.

Der in Einlauf gekommene Ministerialbescheid auf die Verhandlungen der Aerztekammern 1890 ist nur in wenigen Exemplaren zugekommen, so dass es nicht möglich war, jedem Bezirksverein bezw. Delegirten ein Exemplar zuzustellen. Uebrigens ist der Wortlaut des Ministerialbescheides in der Münchener medicinischen Wochenschrift publicirt.

Eine Anfrage des Verbandes der deutschen Berufsgenossenschaften, betreffend die Bildung von ärztlichen Sachverständigencollegien zur Beschaffung ärztlicher Obergutachten, ist sämmtlichen Delegirten im Wortlaut mitgetheilt worden, und hat der ständige Ausschuss das Referat hierüber dem Delegirten Dr. Brunner übertragen.

Bezüglich der Anfragen, welche der ständige Ausschuss zur Erzielung einer Gemeinsamkeit der Geschäftsordnung der sämmtlichen Aerztekammern erhalten hat, ist zu berichten, dass eine Zusammenstellung der jetzt geltenden 8 Geschäftsordnungen mit kritischen Bemerkungen versehen den Deligirten zum erweiterten Obermedicinalausschusse und den Vorsitzenden der 8 Aerztekammern mitgetheilt worden ist. Die Delegirten zum erweiterten Obermedizinalausschusse haben sich in eingehender Berathung über eine Reihe von Punkten geeinigt, welche die Grundlage für eine neue gemeinsame Geschäftsordnung bilden sollen. Ein darnach ausgearbeiteter Entwurf soll in der nächsten Vorbesprechung der Delegirten zum erweiterten Obermedizinalausschusse zur Berathung kommen.

Der ständige Ausschuss hat am 22. Mai des Jahres namens der oberbayerischen Aerztekammer als der legitimen Vertretung der oberbayerischen ärztlichen Bezirksvereine Se. Excellenz den k. Regierungspräsidenten von Oberbayern, Freiherrn v. Pfeufer, zu seinem 40jährigen Dienstesjubiläum beglückwünscht. Derselbe hat den ständigen Ausschuss beauftragt, der Aerztekammer hierfür seinen Dank auszusprechen.

2) Cassenbericht.

Cassier Dr. Schnizler berichtet über den Stand der Casse:

Einnahmen	206 ℳ. 96 ₰.
Ausgaben	28 „ — „
Activrest	178 ℳ. 96 ₰.

Dazu kommt noch ein 3½ Proc. Pfandbrief zu 200 ℳ. Die zu Cassarevisoren erwählten Delegirten Dr. Schelle und Dr. Glonner prüfen die Abrechnung und den Cassenbestand und befinden beide für richtig. Hierauf wird dem Cassier Decharge ertheilt. Auf Antrag des Cassiers wird einstimmig beschlossen, in Anbetracht des günstigen Cassenbestandes pro 1891/92 keinen Beitrag zu erheben.

3) Der Vorsitzende giebt den Einlauf bekannt:

1) Ministerialbescheid auf die Verhandlungen der Aerztekammern pro 1890.

2) Antrag des Bezirksvereines Weilheim-Landsberg, betr. Zuschuss aus Kreismitteln zu den Kosten der Morbiditätsstatistik.

3) Antrag des Bezirksvereins Ebersberg-Miesbach-Rosenheim, betr. Beschaffung von Anzeigeformularen für ansteckende Krankheiten.

4) Anschreiben des Verbandes der deutschen Berufsgenossenschaften, betr. Beschaffung ärztlicher Obergutachten durch Sachverständigencollegien.

4) Bericht der Delegirten über den Stand der Bezirksvereine.

Dr. Meier: Aichach-Schrobenhausen: 15 Mitglieder. Vorsitzender: Dr. Gröber, Schriftführer: Dr Knappich, beide in Aichach. Sitzungen wurden 2 abgehalten. 14 Mitglieder betheiligten sich an der Morbiditätsstatistik.

Dr. Schelle: Ebersberg-Miesbach-Rosenheim: 38 Mitglieder. Vorsitzender: Medicinalrath Dr Mühlbauer, Schriftführer und Cassier: Dr. Dirr, beide in Rosenheim. Sitzungen wurden 3 abgehalten.

Dr. Giehrl: Erding: 8 Mitglieder. Vorsitzender: Dr. Kreuzeder in Dorfen, Schriftführer und Cassier: Dr. Echerer in Wartenberg. 2 Jahresversammlungen. Sämmtliche Mitglieder betheiligten sich an der Morbiditätsstatistik.

Dr. Brug: Freising-Moosburg: 9 Mitglieder. Vorsitzender Dr. Brug, Schriftführer: Dr. Oberprieler. 2 Jahresversammlungen. Sämmtliche Mitglieder nahmen an der Morbiditätsstatistik theil.

Dr. Vanselow: Ingolstadt-Pfaffenhofen: 15 Mitglieder: Vorsitzender: Dr. Vanselow in Wolnzach, Schriftführer und Cassirer: Dr. Bayer in Geisenfeld. 2 Sitzungen. Die Betheiligung an der Morbiditätsstatistik dürfte lebhafter sein.

Dr. Weiss: Mühldorf-Neuötting: 16 Mitglieder. Vorsitzender und Schriftführer: Dr. Weiss in Neumark a. R., Cassier: Dr. Bernhuber in Altötting. 2 Jahresversammlungen. Alle Mitglieder betheiligen sich an der Morbiditätsstatistik.

Dr. Aub: München: 303 Mitglieder (im Vorjahre 260). Vorsitzender: Medicinalrath Dr. Aub, Schriftführer: Hofrath Dr. Brunner, Cassier: Dr. Aug. Weiss.

Sitzungen haben 4 stattgefunden. Zu Beginn des Jahres hat der Bezirksverein eine Commission eingesetzt zur Prüfung des Einflusses der Steilschrift, wie der Schiefschrift auf die Gesundheit der Schulkinder in Bezug auf Veränderungen an Augen und Wirbelsäule der Schulkinder. Es wurden beiläufig 2000 Schulkinder untersucht und über das Ergebniss im Vereine eingehende Berichte erstattet, welche späterhin zur Veröffentlichung gelangen. Diese Commission bleibt auch für das kommende Jahr in Thätigkeit.

Die Morbiditätsstatistik nimmt einen ungestörten erfreulichen Fortgang, und nehmen nunmehr 320 Münchener Aerzte an derselben theil. Zu den beträchtlichen Kosten leistet die Stadt München in dankenswerther Weise einen jährlichen Beitrag von 500 ℳ; die Vereinskasse hat noch beiläufig für 200 ℳ aufzukommen. (Die betreffenden tabellarischen Zusammenstellungen pro 1890, sowie der Bericht über die Influenzaepidemie in München 1889/90 werden vorgelegt.)

Dr. Rapp: Traunstein-Reichenhall: 37 Mitglieder (im Vorjahr 31). Vorsitzender: Hofrath Dr. Rapp, Schriftführer: Dr. Harl, beide in

Reichenhall. Wegen der grossen Entfernungen wurde nur 1 Jahresversammlung in Traunstein abgehalten, welche sehr zahlreich besucht war und in welcher schwebende Vereins-Angelegenheiten sowie Tagesfragen eingehend behandelt wurden.

An der Morbiditätsstatistik betheiligten sich 20 Mitglieder aus den Bezirksämtern Berchtesgaden, Laufen und Traunstein. Die monatlichen Zusammenstellungen wurden vierteljährlich gedruckt und den Mitgliedern zugestellt. Am Schlusse des Jahres wurden die angesammelten Zählblättchen den Bezirksärzten der betreffenden Bezirke übermittelt.

Dr. Glonner: Wasserburg: 11 Mitglieder. Vorsitzender: Dr. Glonner in Wasserburg, Schriftführer: Dr. Lutz in Schnaitsee. 2 Sitzungen. 8 Mitglieder betheiligten sich an der Morbiditätsstatistik. Die Zählblättchen sammelte Dr. Glonner.

Dr. Burkart: Weilheim-Landsberg. 28 Mitglieder. Vorsitzender: Medicinalrath Dr. Fellerer, Schriftführer und Cassier: Dr. Angerer, beide in Weilheim. 2 Sitzungen. An der Morbiditätsstatistik betheiligten sich 48 Aerzte (20 Hospitanten). Zähler: Dr. Burkart in Schongau.

Der Vorsitzende constatirt, dass von 634 Aerzten des Regierungsbezirks Oberbayern 481 den ärztlichen Bezirksvereinen angehören gegen 429 im Vorjahre, so dass eine Zunahme von 52 Mitgliedern sich ergiebt, wovon 43 auf den Bezirksverein München treffen.

5) Besprechung des amtlichen Erlasses des k. Staatsministeriums des Innern vom 5. Aug. 1891 an die k. Bezirksärzte, betr. die Portofreiheit für die Morbiditätsstatistik der Infectionskrankheiten.

Der Vorsitzende gibt den Wortlaut des amtlichen Erlasses (Amtsbl. d. Minist. d. Innern Nr. 30 u. Münchener med. Wochenschrift Nr. 34 S. 601) durch Verlesen nochmals bekannt und stellt gleichzeitig auch den Antrag des Bez.-V. Weilheim-Landsberg (Einl. Nr. 2) mit zur Discussion. Derselbe lautet:

»Die oberbayerische Aerztekammer wolle an die k. Kreisregierung den Antrag stellen, es möge aus Kreismitteln die Summe von 270 Mark für die Kosten der Morbiditätsstatistik zur Verfügung gestellt und durch die k. Regierung an die ärztl. Bez.-Vereine (mit Ausschluss von München-Stadt) nach der Kopfzahl der in denselben practicirenden Aerzte vertheilt werden.«

An der Discussion betheiligen sich der k. Regierungscommissär und die Delegirten: Dr. Meier, Dr. Schelle, Dr. Dorffmeister, Dr. Giehrl, Dr. Brug, Dr. Vanselow, Dr. Weiss, Dr. Aub, Dr. Glonner, Dr. Burkart und Dr. Rapp.

Das Ergebniss der Discussion ist folgendes:

Der Wortlaut des amtlichen Erlasses gibt zu verschiedenartiger Auffassung Anlass und erregt vorerst noch Zweifel über den Modus, welcher für die Einsendung an das k. statist. Bureau gemeint ist. Doch scheint die Absicht zu bestehen, dass nicht die einzelnen Zählblättchen, sondern nur eine Art von Sammelkarten, auf welchen lediglich die Summen der einzelnen Erkrankungen angegeben sind, eingeschickt werden sollen. — Ob diese Sammelkarten von den einzelnen Aerzten oder von dem mit der Sichtung des Materiales in jedem Vereinsgebiete betrauten Arzte einzuschicken sind, wird erst dann zu ersehen sein, wenn die in Aussicht gestellten Zählkarten hinausgegeben sein werden.

Aufgefallen ist, dass der Erlass an die k. Bezirksärzte und nicht an die Vorsitzenden der ärztlichen Bezirksvereine gerichtet ist, obwohl die Bezirksvereine an und für sich vollkommen selbstständig sind und insbesondere die Führung der Morbiditätsstatistik eine freiwillige ist, wie dies ganz ausdrücklich in der Sitzung des verstärkten Obermedicinalausschusses vom 29. November 1888 anerkannt wurde.

Es wird darauf hingewiesen, dass in jener Sitzung die allgemeine Beiziehung der Amtsärzte zur Führung der Morbiditätsstatistik abgelehnt wurde und dass im betr. Protokoll folgender Passus hierüber enthalten ist. (Siehe Münchener med. Wochenschr. von 1888 Nr. 3 Beil. S. 54):

»Als Ergebniss der Discussion über die Frage der Organisation der Einsendung und Sammlung des Materials ist zu constatiren, dass das Princip der Autonomie der ärztlichen Vereine allseitig gebilligt wird.

Den Letzteren soll die primäre Verwerthung des Materials überlassen bleiben. Wenn die amtlichen Aerzte mit der Sammlung und Verwerthung des Materials betraut werden, erscheinen sie nur als Vertrauenspersonen der Vereine.«

Darnach wird es als ausgeschlossen erachtet, dass das primäre Material, d. h. die einzelnen Zählblättchen, einzusenden wäre. Wenn aber die Einsendung von summarischen Zählkarten oder Sammelkarten seitens der einzelnen Aerzte beabsichtigt ist, so wird dies als eine ernste Gefährdung der bisherigen, so bewährten Einrichtung der Morbiditätsstatistik aufgefasst. Es wird befürchtet, dass alsdann die einzelnen Aerzte das primäre Material, d. h. die vom Obermedicinalausschusse beschlossenen Zählblättchen, aus welchen Geschlecht, Alter, Wohnung des Erkrankten ersichtlich ist, nicht mehr an den vom Verein aufgestellten Zähler einsenden, zumal dann nicht, wenn das System der Fehlanzeigen und Monitorien nicht beibehalten werden kann.

Für diese bisher geübte Sammlung und primäre Verwerthung des Materiales, wenn solche neben der Einsendung der Zählkarten seitens der einzelnen Aerzte an das k. statistische Bureau noch festgehalten werden kann, bietet der amtliche Erlass in Bezug auf Portofreiheit nicht die geringste Erleichterung. Denn die gewährte Portofreiheit gilt nur für die Einsendung an das k. statistische Bureau, nicht aber für die Einsendung der Zählblätter an den vom Vereine aufgestellten Zähler.

Sollte aber beabsichtigt sein, lediglich von den Aerzten, welche in jedem Vereinsgebiete das Material, d. i. die Zählblättchen, sammeln, monatlich die Einsendung der summarischen Zählkarten an das k. statistische Bureau zu bewirken, so wird die hiefür gewährte Portofreiheit — 60 Pf. pro Jahr — als minimal erachtet.

Die wohlwollende Absicht der k. Staatsregierung dem Wunsche der Bezirksvereine bezüglich der Portofreiheit Rechnung zu tragen wird dankbar anerkannt und wird dabei nur bedauert, dass der eingeschlagene Modus nicht in der Richtung helfen kann, nach welcher die Wünsche der Bezirksvereine abzielen. Die früheren Beschlüsse einzelner Aerztekammern und insbesondere der Beschluss der oberbayerischen Aerztekammer von 1890 betr. die Gewährung von Portofreiheit für die Morbiditätsstatistik haben etwas ganz Anderes im Auge gehabt, nämlich die Entlastung der Vereine von den Kosten für Porti, welche durch den Verkehr zwischen den Aerzten und dem für das Vereinsgebiet aufgestellten Zähler erwachsen. Es wird der grösste Werth darauf gelegt, dass die Zählblättchen für die einzelnen Erkrankungen wie bisher an einen vom Vereine aufgestellten Zähler — gleichviel ob Amtsarzt oder praktischer Arzt — regelmässig eingesendet und für das Vereinsgebiet zusammengestellt und verwerthet werden. Auch die Mittheilung dieser Zusammenstellung, welche nur auf Grund der Zählblättchen möglich ist, an die einzelnen Aerzte wird als unerlässlich bezeichnet. Für diese Einsendungen ist die Portofreiheit dringend nothwendig, wenn die Fortführung in finanzieller Beziehung den Vereinen ermöglicht bleiben soll.

Dr. Burkart zieht im Hinblick auf die durch den amtlichen Erlass veränderte Sachlage den Antrag des Bezirksvereins Weilheim-Landsberg zurück und stellt folgenden Antrag:

Die oberbayerische Aerztekammer wolle beschliessen, sich auszusprechen, wie folgt.

»Bei der Einrichtung der Morbiditätsstatistik in den ärztlichen Bezirksvereinen bestand ursprünglich die Absicht, den localen ärztlichen Vereinsgebieten die Kenntniss über diese Krankheitsbewegung rechtzeitig zugänglich zu machen. Das ist nur möglich bei der bisherigen Uebung, Einzelblättchen, wie sie vom verstärkten Obermedicinalausschusse in seiner Sitzung vom 29. Nov. 1888 beschlossen wurden, im Vereinsgebiete zu sammeln und zu bearbeiten.

Durch diese Einzeln-Einsendungen an die Sammelstelle des Vereins entstehen aber Portoauslagen, welche die Vereinsmitglieder und die Vereine selbst allzusehr belasten. Nach dieser Richtung erleichtert die Ministerialentschliessung vom 5. August 1891 weder die Aerzte noch die Vereine. Nur dann, wenn die Portofreiheit in der bemerkten Richtung ausgedehnt wird, kann die Morbiditätsstatistik von den Bezirksvereinen in der bisherigen freiwilligen und erspriesslichen Weise lebensfähig erhalten werden.«

Der Antrag wird einstimmig angenommen.

6) Anschreiben des geschäftsführenden Ausschusses des Verbandes der deutschen Berufsgenossenschaften an den Vorstand der Aerztekammer von Oberbayern.

Der Vorsitzende verliest das Schreiben, welches vom 15. Juli 1891 datirt ist und folgenden Wortlaut hat:

Der am 27. vorigen Monats in München stattgefundene 5. ordentliche Berufsgenossenschaftstag hat sich u. a. auch mit der Frage der Beschaffung ärztlicher Obergutachten beschäftigt. Veranlassung hierzu war in erster Reihe der Umstand, dass Mitglieder medicinischer Facultäten und die Vorstände von Universitäts-Kliniken gegenüber berufsgenossenschaftlichen Organen des Oeftern mit Rücksicht auf ihre Dienstgeschäfte und die Zwecke der genannten Kliniken es abgelehnt haben, in Sachen der Unfallversicherung Obergutachten abzugeben oder den Zustand von Unfallverletzten zu beobachten bezw. zu begutachten.

Das Reichsversicherungsamt, welches ähnliche Erfahrungen gemacht hat, schlägt den Berufsgenossenschaften vor, sich in solchen Fällen an sonstige öffentliche oder auch an bedeutendere Privat-

Kliniken zu wenden und ist der Meinung, dass es sich empfehlen würde, für die Begutachtung selbst „Sachverständigen-Collegien" aus zwei oder mehreren Aerzten mit reicherer Erfahrung allgemein oder besonders für den einzelnen Fall zwecks Abgabe von Obergutachten einzusetzen. Das Reichs-Versicherungsamt weist darauf hin, dass kürzlich von der brandenburgischen Aerztekammer öffentlich eine Anzahl Mitglieder namhaft gemacht worden sind, welche es übernommen haben, auf Erfordern von Behörden etc. ärztliche Obergutachten zu erstatten und ist der Ansicht, dass auch in den anderen Provinzen resp. deutschen Einzelstaaten ein ähnliches Bedürfniss anerkannt werden wird und die Berufsgenossenschaften so allmählich in die Lage kommen könnten, durch Vermittlung der Aerztekammern und sonstigen ärztlichen Standesvertretungen provinzweise pp. „Sachverständigen-Collegien" zur Verfügung zu haben.

Der Eingangs erwähnte Berufsgenossenschaftstag hat unter Beachtung der vorstehenden Ausführungen des Reichs-Versicherungsamts den unterzeichneten geschäftsführenden Ausschuss beauftragt, sich wegen Bildung von „Sachverständigen-Collegien" mit den verehrlichen Vorständen der preussischen Aerztekammern und ausserpreussischen ärztlichen Standesvertretungen in Verbindung zu setzen und erlaubt sich der Ausschuss demzufolge an Sie die höfliche und ergebene Bitte zu richten, ihm geneigtest recht bald mittheilen zu wollen, ob ein derartiges oder ähnliches Sachverständigen-Collegium auch bereits in der Ihnen unterstellten Aerztekammer bezw. Vereinigung besteht resp. ob dieselbe bereit sein würde, ein solches zu bilden, um auf Ansuchen der Berufsgenossenschaften hinsichtlich deren Unfallverletzten ärztliche Obergutachten abzugeben bezw. die Verletzten zu diesem Zwecke event. einer klinischen Beobachtung zu unterziehen.

Referent Dr. Brunner: Der geschäftsführende Ausschuss des Verbandes der deutschen Berufsgenossenschaften — von den 61 gewerblichen Berufsgenossenschaften gehören 45 dem Verbande an — hat dieses Schreiben im Auftrage der am 27. Juni 1891 in München abgehaltenen V. ordentlichen Berufsgenossenschaftstages an die oberbayerische Aerztekammer bezw. deren Vorstand gerichtet. Wie aus verschiedenen Fachblättern zu entnehmen war, ist das gleiche Anschreiben auch an andere Aerztekammern und Aerztevertretungen ergangen. Veranlassung zu diesem Vorgehen war der Umstand, dass es einer Berufsgenossenschaft unmöglich war, von einer Universitätsklinik ein Obergutachten zu beschaffen.

Für uns in München und im Regierungsbezirk Oberbayern überhaupt dürfte die Frage nicht als eine brennende erscheinen, weil bisher nicht bekannt geworden ist, dass sich in dieser Richtung Anstände ergeben hätten. Gleichwohl empfiehlt es sich, das Anschreiben entgegenkommend zu beantworten und die Bereitwilligkeit zur eventuellen Bildung von Sachverständigen-Collegien zu erklären.

Was die Ausführung d. h. die Bildung eines solchen Sachverständigen-Collegiums anlangt, so erachte ich es für zweckmässig, dass die Aerztekammer zunächst nur in soweit Beschluss fasse, dass für die eventuelle Bildung des Sachverständigen-Collegiums während der Zeit bis zum Wiederzusammentritt der Aerztekammer Vorsorge getroffen wird. Detailirte Bestimmungen hierfür dürften vorerst nicht zu treffen sein, und erachte ich es für nützlicher, wenn die Aerztekammer ihren ständigen Ausschuss beauftragt, event. die Bildung eines Sachverständigen-Collegiums vorzunehmen und der nächstjährigen Aerztekammer hierüber Bericht zu erstatten. Dieses Collegium sollte je nach Lage des Falles Specialärzte, behandelnde Aerzte beiziehen und mit der Aerztekammer dadurch in Berührung bleiben, dass 1 oder 2 Mitglieder des ständigen Ausschusses bezw. der Aerztekammer auch Mitglieder des Collegiums sind.

Ich beantrage deshalb:

»Die oberbayerische Aerztekammer wolle beschliessen:

a) auf die Anfrage des Verbandes der deutschen Berufsgenossenschaften eine bejahende Antwort zu ertheilen und soweit Vorbereitungen zu treffen, dass, wenn es nothwendig werden sollte, der bejahenden Antwort eine praktische Folge gegeben werden kann;

b) den ständigen Ausschuss zu beauftragen, eventuell die Bildung eines Sachverständigencollegiums vorzunehmen, dabei aber darauf Bedacht zu nehmen, dass in dem Collegium die Aerztekammer jeweils vertreten sei.«

Der k. Regierungscommissär betonte, dass ihm bislange kein einziger Fall bekannt geworden sei, in welchem die Beschaffung eines Obergutachtens für eine Berufsgenossenschaft mit Schwierigkeiten verbunden gewesen wäre.

An der eingehenden Discussion betheiligen sich der k. Regierungscommissär, die Delegirten Dr. Rapp und Dr. Aub.

Alsdann wird der Antrag des Referenten in getrennter Abstimmung (a und b) einstimmig angenommen.

7) Antrag des ärztlichen Bezirksvereines Ebersberg-Miesbach-Rosenheim.

»Die oberbayerische Aerztekammer wolle beschliessen, an die hohe k. Staatsregierung die Bitte zu richten, dieselbe wolle Anzeigeformularien für ansteckende Krankheiten im Sinne der k. allerhöchsten Verordnung vom 22. Juli 1891 — etwa nach einem vom verstärkten Obermedicinalausschusse berathenen Schema — anfertigen lassen und den zur Anzeige verpflichteten Medicinalpersonen zur Verfügung stellen.«

Dr. Schelle begründet den Antrag eingehend und betont, dass die Anzeigepflicht für die Verwaltungsbehörden, welche prophylaktische Maassnahmen auf Grund dieser Anzeigen zu treffen haben, nur dann von Werth seien, wenn in der Anzeige Alles enthalten ist, was in solchen Fällen zu wissen nothwendig ist.

Dr. Vanselow unterstützt den Antrag lebhaft und hält es auch im Interesse der Aerzte selbst für gerechtfertigt, dass man ihnen durch unentgeltliche Hinausgabe solcher Formularien die Anzeigepflicht erleichtere.

Der k. Regierungscommissär erachtet den Antrag für nützlich und glaubt, dass ein diesbezüglicher Beschluss nicht unbeachtet bleiben werde.

Dr. Dorffmeister hält solche Formularien für unerlässlich, weil nur auf diese Weise Vorsorge getroffen werden kann, dass der Amtsarzt aus der Anzeige dasjenige zu ersehen vermag, was ihm die nöthigen Anhaltspunkte für seine gutachtlichen Anträge an die Verwaltungsbehörde bieten muss.

Der Vorsitzende weist darauf hin, dass diese Frage auch bei der Berathung des Entwurfes der neuen königlichen Allerhöchsten Verordnung über die Anzeigepflicht im verstärkten Obermedicinal-Ausschusse zur Sprache gekommen sei und dass hiebei die königl. Staatsregierung die Herstellung eines solchen Anzeigeformulares in Aussicht gestellt habe. Die im Antrage angedeutete Berathung eines Schema für die Anzeigeformulare im verstärkten Obermedicinalausschusse habe bei der Wichtigkeit der Sache Vieles für sich.

Dr. Burkart äussert die Befürchtung, dass solche Formularien, wenn sie allzuviele Fragen enthalten, eine fatale Belastung für die Anzeigepflichtigen verursachen könnten. Er wünscht, dass die Benützung eines solchen Formulares facultativ bleibe.

Der Vorsitzende bemerkt, dass das Formular, wenn ein solches von der königl. Staats-Regierung hinausgegeben wird, wohl auch obligatorisch zu benützen ist.

Dr. Giehrl legt den Entwurf eines solchen Schema, welchen Bezirksarzt Dr. Meyer in Erding gefertigt hat, vor. Derselbe wird als viel zu weitläufig erachtet.

Dr. Vanselow betont, dass ein solches Schema möglichst kurz gehalten sein und sich auf das Nothwendigste beschränken soll.

Der Vorsitzende hält es für unthunlich, über die Einzelnheiten, welche das Schema enthalten soll, zu berathen, zumal ja die Aerztekammern, falls der verstärkte Obermedicinalausschuss mit der Frage befasst wird, bei der Feststellung des Schema durch ihre Delegirten mitwirken.

Die Discussion wird geschlossen.

Der Antrag wird einstimmig angenommen.

8) Berichterstattung des Delegirten zum verstärkten Obermedicinalausschuss.

Dr. Aub: Ich war in der Lage, mein Mandat als Delegirter zum verstärkten Obermedicinalausschusse zweimal auszuüben. Die erste Sitzung betraf die Berathung einer Revision der V.-O. über die Anzeigepflicht der Medicinalpersonen betr. ansteckender Krankheiten. In der Berathung sind die Gesichtspunkte, welche in der oberbayerischen Aerztekammer hervorgehoben wurden, im Allgemeinen zur Geltung gelangt. Die neue Verordnung vom 22. Juli 1891 dürfte den Wünschen der Aerztekammern entsprechen.

Die zweite Sitzung betraf die Berathung einer Abänderung der Verordnung vom 25. April 1877 betr. den Verkehr mit Giften.

Leider war diese Frage nicht auch den Aerztekammern zur Vorberathung unterbreitet worden. In Folge dessen waren die Delegirten der Apothekergremien, welche gleichfalls zur Sitzung des verstärkten Obermedicinalausschusses beigezogen waren, in der Lage sich auf die Berathungen ihrer Gremien zu stützen, während die Delegirten der Aerztekammern sich nicht mit ihren Aerztekammern in's Benehmen setzen konnten.

Die Protokolle der beiden Sitzungen sind in der Münchener medicinischen Wochenschrift veröffentlicht und so zu Ihrer Kenntniss gelangt.

9) Wahl der Delegirten zum erweiterten Obermedicinalausschusse.

Gewählt werden:

Dr. Aub als Delegirter, Dr. Dorffmeister als Stellvertreter.

Beide nehmen die Wahl an.

10) Wahl der Commission, betr. Aberkennung der ärztlichen Approbation gemäss der k. A. V. vom 27. Dec. 1883.

Gewählt werden per Acclamation die bisherigen Mitglieder:

Dr. Aub, Dr. Schnizlein, Dr. Brug, Dr. Schelle, Dr. Brunner, welche sämmtlich die Wahl annehmen.

Dr. Rapp stellt die Anfrage, warum der in Nr. 41 der Münchener med. Wochenschrift veröffentlichte Antrag, welchen Hofrath Dr. Brauser den Aerztekammern unterbreitet hat, heute in der oberbayerischen Aerztekammer nicht zur Sprache gekommen sei.

Der Vorsitzende bemerkt, dass die Veröffentlichung eines Antrages in der Münchener medicinischen Wochenschrift formell keine Möglichkeit biete, um denselben in der Aerztekammer zu berathen. Dies würde erst dann möglich sein, wenn der Antrag entweder direct in den Einlauf der Aerztekammer gelangt oder von einem Delegirten sich angeeignet wird. — Zur Sache selbst, welche der Antrag Dr. Brauser betrifft, könne mitgetheilt werden, dass eingezogene Erkundigungen die Grundlosigkeit der telegraphischen Zeitungsnachricht, auf welche hin Dr. Brauser vorgegangen ist, ergebe, und dass Dr. Brauser laut Mittheilung vom 24. d. M. seinen Antrag als gegenstandslos bezeichnet hat.

Dr. Schnizlein empfiehlt den Delegirten, für den Beitritt zu den ärztlichen Unterstützungsvereinen auch fernerhin zu wirken.

Der Vorsitzende dankt Namens der Aerztekammer dem k. Regierungscommissär, Herrn Regierungs- und Kreismedicinalrath Dr. Vogel, für seine wirksame Betheiligung an der Berathung.

Der k. Regierungscommissär dankt für diese Anerkennung.

Dr. Brug spricht dem Vorsitzenden für die treffliche Leitung der Verhandlungen den Dank der Aerztekammer aus und ersucht die Delegirten, zum Zeichen ihrer Zustimmung sich von den Sitzen erheben zu wollen. (Geschieht.)

Schluss der Sitzung Nachmittag $^1/_2$1 Uhr.

Dr. Aub,	Dr. Brunner,
I. Vorsitzender.	Schriftführer.

Protokoll der Sitzung der Aerztekammer von Niederbayern.

Landshut, den 28. October 1891.

Präsentes: Als Commissär der k. Regierung der k. Regierungs- und Kreismedicinalrath Dr. Egger; Delegirte: 1) für den Verein Vilsbiburg der k. Bezirksarzt Dr. Reiter; 2) für den Verein Landau-Dingolfing der k. Bezirksarzt Dr. Höglauer; 3) für den Verein Abensberg der k. Bezirksarzt Dr. Linsmayer; 4) für den Verein Deggendorf der k. Landgerichtsarzt Medicinalrath Dr. Rauscher; 5) für den Verein Landshut der praktische Arzt Dr. Wein Xaver; 6) für den Verein Rottenburg der praktische Arzt Dr. Späth; 7) für den Verein Pfarrkirchen der k. Bezirksarzt Dr. Leopolder; 8) für den Verein Passau der k. Bezirksarzt Medicinalrath Dr. Strobel und der praktische Arzt Dr. Egger. Der Delegirte für Straubing, Dr. Groll hat auf der Reise nach Landshut durch einen unlieben Zufall den Eisenbahnzug versäumt und hat sich telegraphisch entschuldigt.

Nach einer begrüssenden Ansprache des Herrn Regierungscommissärs, welcher der Kammer die Grüsse seiner Excellenz des Herrn Regierungspräsidenten v. Lipowsky übermittelte, constituirte sich die Kammer unter Leitung des Alterspräsidenten Herrn Medicinalrath Dr. Strobel.

Hierauf wird mittelst Stimmzettel die Wahl des Vorsitzenden, des Stellvertreters und Schriftführers bethätigt.

Aus der Wahl gehen hervor

1) Vorsitzender: Medicinalrath Dr. Strobel,
2) Stellvertreter: Medicinalrath Dr. Rauscher,
3) Schriftführer: Dr. Späth.

Als Delegirter zu den Sitzungen des erweiterten Obermedicinalausschusses wird durch Zuruf Herr Dr. Rauscher und als dessen Stellvertreter Herr Medicinalrath Dr. Strobel gewählt.

Die Gewählten erklären die Annahme der Wahl.

Herr Medicinalrath Dr. Strobel übernimmt den Vorsitz und prüft die Legitimationen der Delegirten.

Nach Bekanntgabe der Verbescheidung des k. Staatsministeriums des Innern vom 29. August l. J. auf die im Jahre 1890 gestellten Anträge der bayerischen Aerztekammern erstattete der Herr Regierungscommissär ausführlichen Bericht über die Morbiditätsstatistik und über die Krankheitsbewegung im Kreise Niederbayern im abgelaufenen Jahre.

Der Herr Vortragende gab eine ausführliche Schilderung über die Influenzaepidemie des Jahres 1889/90 mit interessantem geschichtlichen Rückblick auf die Pandemie des Jahres 1833. Der Bericht wurde mit hohem Interesse von der Kammer aufgenommen.

Die Delegirten der Kammer berichteten über den Bestand ihrer Bezirksvereine Folgendes:

1) Abensberg, 6 Mitglieder, im laufenden Jahre 1 Versammlung; 2) Deggendorf, 18 Mitglieder, 2 Versammlungen; 3) Landau-Dingolfing, 9 Mitglieder, 2 Versammlungen; 4) Landshut, 13 Mitglieder, 8 Versammlungen; 5) Pfarrkirchen, 11 Mitglieder, 2 Versammlungen; 6) Rottenburg, 8 Mitglieder, 1 Versammlung; 7) Vilsbiburg, 6 Mitglieder, 2 Versammlungen; 8) Passau, 35 Mitglieder, 2 Versammlungen. Straubing zählte im Vorjahre 14 Mitglieder. In sämmlichen Versammlungen wurden Vorträge gehalten und wissenschaftliche Fragen und Standesangelegenheiten besprochen.

1) Durch die Ministerialentschliessung vom 5. August 1891, die Morbiditätsstatistik der Infectionskrankheiten in Bayern betreffend, wurde den Aerzten für die zur Morbiditätsstatistik zu verwendenden Zählblättchen Portofreiheit gewährt. Durch die directe Zusendung der Zählblättchen an das statistische Bureau entziehen sich die Mittheilungen der Aerzte der Kenntniss in den einzelnen Bezirken und den Regierungsbezirken. Die Bezirksvereine etc. können sich von den epidemiologischen Vorgängen in ihren Gebieten keine Kenntniss mehr verschaffen. Dies ist nur dann möglich, wenn die Zählblättchen an die Vorstände der einzelnen Bezirksvereine gelangen und die Zusammenstellung dieser Blättchen in Form von Sammelkarten an das statistische Bureau allmonatlich eingesendet werden.

Wir stellen deshalb an die k. Staatsregierung die gehorsamste Bitte, die Entschliessung vom 5. August dahin abzuändern, dass den praktischen Aerzten behufs Einsendung der Zählkarten an den Vereinsvorstand bezw. Bezirksarzt und diesem behufs Einsendung an das statistische Bureau Portofreiheit gewährt werde.

2) Zur Anzeige ansteckender Krankheiten durch die Aerzte erscheint es wünschenswerth, dass durch die k. Staatsregierung Anzeigeformularien unentgeltlich an die Aerzte hinausgegeben werden, welche die Anzeigen erleichtern und dazu beitragen, dass dasjenige von den Aerzten sofort mitgetheilt werde, was zu wissen unumgänglich nothwendig ist. Es dürften sich diese Anzeigen auf Name, Stand, Alter, Wohnung, Schule des Kranken, auf die Krankheitsform und muthmassliche Ansteckungsquelle und auf die etwa schon getroffenen hygienischen Maassregeln erstrecken. Die Erfahrung hat gelehrt, dass Anzeigen der praktischen Aerzte durch Vermittelung der Gemeinden stets sehr spät an die Distriktspolizeibehörden gelangen und der Fall nicht selten schon abgelaufen ist, bevor der amtliche Arzt Kenntniss von dem Erkrankungsfalle erhält. Es erscheint deshalb angezeigt, dass der praktische Arzt direct seine Anzeige an die Distriktspolizeibehörde machen kann und dass für diese Anzeigen Portofreiheit gewährt werde.

3) Die Kammer erklärt ihre Bereitwilligkeit, auf die derselben zugekommenen Vorschläge des geschäftsführenden Ausschusses der deutschen Berufsgenossenschaften vom 15. Juli l. J. Sachverständigencollegium betreffend einzugehen, und ermächtigt den Ausschuss der Kammer, mit dem Vorsitzenden der deutschen Berufsgenossenschaften in Berathung zu treten.

Der Vorsitzende spricht sodann dem Herrn Regierungscommissär den verbindlichsten Dank aus für die Mittheilungen und Aufschlüsse, die derselbe bei den heutigen Versammlungen gegeben hat, auch dankt der Vorsitzende dem Herrn Regierungscommissär für ein den einzelnen Delegirten überreichtes Schema zur Beurtheilung des Grades der Erwerbsbeschränktheit infolge von Unfällen.

Der Herr Regierungscommissär verabschiedet sich von der

Kammer mit herzlichen Worten, die neuerdings Zeugniss geben für die wohlwollende Sympathie, welche derselbe stets für die Aerzte seines Kreises an den Tag gelegt.

Dr. Egger. Dr. Strobel. Dr. Reiter. Dr. Rauscher. Dr. Wein sen. Dr. Späth. Dr. Höglauer. Dr. Leopolder. Dr. Linsmayer. Dr. Egger.

Protokoll der Sitzung der Pfälzer Aerztekammer.

Speyer, den 28. October 1881.

Anwesende: Der k. Regierungs- und Kreismedicinalrath Dr. Karsch als k. Regierungscommissär; als Delegirte: Medicinalrath Dr. Zöller, Director der Kreis-Kranken und Pflegeanstalt in Frankenthal, Dr. Demuth, k. Landgerichtsarzt in Frankenthal, Dr. Kaufmann, k. Bezirksarzt in Dürkheim, Delegirte des Bezirksvereins Frankenthal; Dr. Keller, k. Landgerichtsarzt in Landau, Dr. Pauli, praktischer Arzt in Landau, Dr. Karrer, Direktor der Kreisirrenanstalt Klingenmünster, Delegirte des Bezirksvereins Landau; Dr. Chandon, k. Landgerichtsarzt in Kaiserslauteru, Dr. Kolb, praktischer Arzt in Kaiserslautern, Delegirte des Bezirksvereins Kaiserslautern; Dr. Ullmann, k. Landgerichtsarzt in Zweibrücken und Dr. Dosenheimer, k. Bezirksarzt in Homburg für den Bezirksverein Zweibrücken.

Nachdem die Delegirten unter Führung des k. Kreismedicinalraths Sr. Excellenz dem Herrn k. Regierungspräsidenten und Staatsrathe v. Braun ihre Aufwartung gemacht hatten und von demselben in gewohnter freundlicher Weise empfangen worden waren, wurde die Sitzung eröffnet und zunächst die Wahl der Delegirten zum erweiterten Obermedicinalausschusse vorgenommen, wobei Dr. Zöller als Delegirter, Dr. Kaufmann als Ersatzmann gewählt wurden.

Die Kammer beschäftigt sich sodann mit einem Schreiben des geschäftsführenden Ausschusses des Verbandes der deutschen Berufsgenossenschaften an die Aerztekammer betr. die Bildung von Sachverständigencollegien. (Vgl. den Abdruck des Schreibens im Protokoll der Aerztekammer von Oberbayern.)

In die Diskussion über die vorliegende Frage tritt zunächst Chandon ein, welcher sich für die Wahl eines Sachverständigen-Collegiums ausspricht, jedoch in der Voraussetzung, dass nebst dem Studium des Aktenmaterials in den betreffenden Fällen spitälische Beobachtung nöthig sei.

Zöller spricht sich ebenfalls für die Wahl eines Sachverständigen-Collegiums aus, betont aber die Schwierigkeit der Wahl, da in einer Reihe von Fällen Spezialisten nothwendig sind; bei den massenhaften Simulanten, die zur Begutachtung gelangen, sei zugleich spitälische Beobachtung erforderlich.

Karrer schliesst sich den oben ausgeführten Anschauungen an, während Chandon die Zuziehung von Spezialisten für gewisse Fälle durch Cooptation betont.

Medicinalrath Karsch unterscheidet zwischen den gewöhnlichen Schlussgutachten, welche von einzelnen Berufsgenossenschaften, wenigstens bisher, fast bei allen Verletzten nach Abschluss der ärztlichen Behandlung von ihren Vertrauensärzten auf Grund wiederholter persönlicher Beobachtung erhoben wurden und zwischen den Gutachten in besonders schwierigen Fällen, wie sie namentlich den höheren Instanzen als Unterlagen für ihre Entscheidungen zu dienen hätten. Nur für die letzteren dürfte die Aufstellung von Sachverständigen-Collegien nothwendig und in der Pfalz möglich sein. Daneben dürfte sich aber empfehlen, dem Centralausschusse noch gewisse Krankenanstalten zu bezeichnen, in welchen Verletzte zur vorübergehenden Beobachtung wenn nöthig auch Behandlung Aufnahme finden könnten und deren Vorstände zugleich zur Abgabe von Gutachten bezw. Krankenberichten für die Superarbitrien sich bereit erklärten.

Dosenheimer glaubt, dass Obergutachten namentlich in solchen Fällen verlangt werden, in denen die Verletzten nicht zufrieden sind.

Kaufmann. Die einzelnen Fälle werden wohl behandelt werden wie bisher, nur in schweren und zweifelhaften Fällen, Simulation u. s. w. werden Superarbitrien verlangt werden.

Ullmann schliesst sich den Ausführungen von Kaufmann an unter Betonung, dass nur in schwierigen Fällen Obergutachten nothwendig werden.

Demuth: Wer schon öfter in der Lage war, allein über manchmal recht schwierige Fälle ein Gutachten abgeben zu müssen, der weiss es zu schätzen, wenn in Zukunft die Begutachtung von complicirten und nicht ganz klaren Fällen, zumal wenn es sich um Obergutachten handelt, von den Berufsgenossenschaften einem aus mehreren Aerzten bestehenden Collegium übertragen werden sollen, in ähnlicher Weise, wie dies schon lange Zeit von den Landgerichten bei Unfallprocessen gehandhabt wird. Dieses Sachverständigen-Collegium braucht meiner Ansicht nach nicht gerade aus Specialisten zusammengesetzt zu sein, ja kann es kaum unter unseren Verhältnissen, sondern viel zweckmässiger aus Aerzten, die in der allgemeinen Praxis thätig sind: selbstverständlich muss dem Collegium das Recht zustehen, für einzelne Fälle, wenn nöthig, Specialisten zur Berathung beizuziehen.

Zöller stellt sich die Thätigkeit des Spitalarztes in der Weise vor, dass derselbe zu den vorhandenen Gutachten weiteres Material sammelt, um zum abschliessenden Obergutachten nach aktenmässiger Prüfung von Seite der Commissionsmitglieder zu gelangen. Der Schwerpunkt dieser Institution liegt darin, dass die Obergutachten nicht von einem einzelnen Arzte, sondern von einem Collegium von Aerzten abgegeben werden.

Keller hält es für zweckmässig, die Grenze derartiger Gutachten genau zu bezeichnen.

Nach den vorstehenden Ausführungen hat sich die Aerztekammer einstimmig dahin ausgesprochen, ein sachverständiges Collegium zu wählen, jedoch die ganze Angelegenheit den Bezirksvereinen, die im Laufe des nächsten Monats ihre Versammlungen abhalten, zur Discussion zu unterbreiten. Die anwesenden ärztlichen Vorstände der Spitäler Speyer, Frankenthal (Elisabethspital und Kreiskranken und Pflegeanstalt), Kaiserslautern, Zweibrücken und Landau erklären sich einstweilen vorbehaltlich der Zustimmung der Spitalkommissionen bereit, Kranke zur Behandlung und Beobachtung aufzunehmen.

Der zweite Punkt der Berathung betraf die Ministerialentschliessung vom 5. August 1891, die Portofreiheit der Morbiditätsstatistik der Infectionskrankheiten betreffend.

Wie dies bereits von der Delegirtenversammlung der bayerischen Aerztekammern zu Nürnberg ausgeführt wurde, entspricht der in dieser Verordnung verfügte Modus der directen Einsendung von Monatskarten an das statistische Bureau nicht dem bisherigen, entzieht die Statistik gänzlich der Beobachtung und Bearbeitung der Bezirksvereine, weil jeder Theilnehmer mit Umgehung der bisherigen Sammelstelle direct an das statistische Bureau einsenden soll; auch unterscheiden sich die von dem letzteren erlassenen portofreien Karten wesentlich von den Zählblättchen, in denen nebst Alter und Geschlecht der Kranken auch Ort und Zeit genau zur Kenntniss gebracht wurden.

Nachdem die Vereine die Morbiditätsstatistik selbst in die Hand genommen haben, nachdem durch die Vereinsthätigkeit ein brauchbares Material für die Morbiditätsstatistik geschaffen wurde, befürchtet man bei dem neuen Modus eine geringere Betheiligung der Bezirksvereine.

Die Kammer fasst nach eingehender Discussion folgenden Beschluss:

Die ursprüngliche Absicht der Morbiditätsstatistik bestand darin, den einzelnen Kreisen Kenntniss von den epidemiologischen Vorgängen zu verschaffen. Dies ist nur möglich durch die bisherige Gepflogenheit, solche Einzelzählblättchen, wie sie vom erweiterten Obermedicinalausschusse seinerzeit beschlossen wurden, im Vereinsgebiet zu sammeln und zu bearbeiten. Durch diese Einsendungen entstehen diejenigen Auslagen für Porto, welche die Vereine und Vereinsmitglieder belasten. Die Ministerialentschliessung vom 5. August 1891 erleichtert aber nach dieser Richtung weder Aerzte noch Vereine.

Die Morbiditätsstatistik dürfte nur gefördert werden durch Gewährung von Portofreiheit für die bisherigen Zählblättchen und deren Einsendung an die bisherigen Sammelstellen. Eine directe Berichterstattung zugleich an das statistische Bureau, so sehr dessen Mitwirkung für die spätere Zusammenstellung erwünscht, würde die Sache nur verwirren.

Die Aerztekammer kann daher nur empfehlen, den bisherigen Modus beizubehalten.

Kolb stellt an den k. Regierungscommissär die Anfrage, ob die bisherigen Morbiditätstabellen für die Jahresberichte beizubehalten seien, worauf Herr Medicinalrath Karsch erwidert, dass in Zukunft nurmehr die Typhustabellen an die praktischen Aerzte hinausgegeben werden sollten, die sonstigen Formulare nur den Amtsärzten für ihre Zusammenstellungen zugehen werden.

Demuth richtet an den k. Regierungscommissär die Bitte, dahin wirken zu wollen, dass die Morbiditätstabellen mit den Mortalitätstabellen conform eingerichtet werden, da die Eintheilung der Altersklassen verschieden sei, worauf Lezterer be-

merkt, dass dies schon bei den bisherigen Formularen durch Zusammenfassen mehrerer Rubriken geschehen könne.

Dr. Ullmann bringt bezugnehmend auf eine ihm zugemuthete Taxation von thierärztlichen Recepten den Mangel einer Veterinärtaxe zur Sprache, wozu Medicinalrath Karsch bemerkt, dass die officielle Taxe für Veterinaria nur für die Veterinärärzte Geltung habe, während die Apotheker berechtigt seien, die Arzneien für Thiere gleich denen für Menschen zu berechnen.

Dr. Ullmann stellt darauf den einstimmig von der Aerztekammer angenommenen Antrag, dass eine Taxe für Veterinärarzneien aufgestellt eventuell die Apotheker verpflichtet werden dürften, für Veterinärarzneien einen Rabatt von 25 Proc. zu bewilligen.

Herr Medicinalrath Dr. Karsch erstattet nun der Aerztekammer ausführlichen Bericht über die Sanitätsverhältnisse des Regierungsbezirkes im Jahre 1890, besonders über die Morbidität und Mortalität der Infektionskrankheiten, wobei namentlich das Auftreten der Influenza und die fortwährende Minderung der Todesfälle durch Typhus bemerkenswerth, und verbindet damit zugleich eine Uebersicht über das, was im Gebiete der Sanitätsverwaltung speciell bezw. Krankenanstalten, Schulen, Wasserleitungen, Kanalisation etc. in den letzten Decennien geschehen.

Der Vorsitzende spricht dem k. Regierungscommissär im Namen der Aerztekammer für den eingehenden und umfassenden Vortrag den Dank aus.

gez. Dr. Zöller, Vorsitzender. gez. Dr. Kaufmann, Schriftführer.

Protokoll der Sitzung der Aerztekammer der Oberpfalz und von Regensburg.

Regensburg, den 28. October 1891.

Anwesend: Der k. Regierungs- und Kreismedicinalrath Dr. Hofmann als Regierungscommissär; die Delegirten: Dr. Schmelcher, k. Bezirksarzt in Amberg für den Rezirksverein Amberg; Dr. Bredauer, praktischer Arzt in Cham für den Bezirksverein der östlichen Oberpfalz; Dr. Herrmann, k. Bezirksarzt in Neumarkt für den Bezirksverein der westlichen Oberpfalz; Dr. Brauser, k. Hofrath und Dr. Eser, praktischer Arzt in Regensburg für den Bezirksverein Regensburg und Umgebung; Dr. Reinhard, praktischer Arzt in Weiden für den Bezirksverein Weiden.

Der k. Regierungscommissär eröffnet die Aerztekammer, indem er die Delegirten begrüsst und ihnen bekannt gibt, dass von Seiten der k. Staatsregierung keine Anträge an die Kammer vorliegen.

Unter dem Vorsitze des Alterspräsidenten constituirte sich e Kammer und wurde durch Zuruf gewählt:

Dr. Brauser zum I. Vorsitzenden,
Dr. Schmelcher zum II. Vorsitzenden,
Dr. Reinhard zum Schriftführer,

welche die Wahl dankend annehmen.

Der Vorsitzende eröffnet die Verhandlungen mit einem Rückblick auf das Jahr 1891, erwähnt in erster Linie des XIX. deutschen Aerztetages in Weimar, dessen wichtigste Berathungsgegenstände waren: a) eine Eingabe an die Reichsregierung wegen Revision des Krankenkassengesetzes und b) die Revision der Prüfungsordnung für die Studirenden der Medicin. In zweiter Linie berichtet der Vorsitzende über die Sitzung des verstärkten Obermedicinalausschusses, welcher über die Revision der Verordnung über den Gifthandel in Berathung getreten war. In dritter Linie erwähnt der Vorsitzende den diesjährigen oberpfälzischen Aerztetag, dessen Protokoll an die Vereine zur Vertheilung gelangt. Die Kammer beschliesst, dieses Protokoll der k. Staatsregierung in Vorlage zu bringen.

Die bisherige Geschäftsordnung wird unverändert beibehalten und stellt der Vorsitzende die baldige Vorlage einer neuen Geschäftsordnung in Aussicht, wie sie für alle acht Kammern gleichheitlich in Bearbeitung begriffen ist.

Die Abrechnung über die Kosten der Aerztekammer pro 1891 wird vorgelegt, genehmigt und auf die einzelnen Vereine vertheilt.

Die Verbescheidung der vorjährigen Kammeranträge durch die k. Staatsregierung wird vorgelesen und gibt zu einer Besprechung keinen Anlass.

Hierauf erfolgte der Bericht der Delegirten über ihre Vereine:

1) Bezirksverein Amberg hat 12 Mitglieder. Vorsitzender: Bezirksarzt Dr. Andraeas, Schriftführer und Cassier Dr. Meier, prakt. Arzt in Amberg; 3 Versammlungen fanden statt.

2) Bezirksverein der östlichen Oberpfalz hat 11 Mitglieder; Vorsitzender Dr. Schöpperl, prakt. Arzt in Furth, Schriftführer Dr. Klemz, prakt. Arzt in Nittenau, Cassier Dr. Bredauer, prakt. Arzt in Cham; hielt 2 Versammlungen.

3) Bezirksverein der westlichen Oberpfalz hat 14 Mitglieder. Vorsitzender Dr. Herrmann, Bezirksarzt in Neumarkt, Schriftführer und Cassier Dr. Krauss, prakt. Arzt in Neumarkt; hielt 3 Versammlungen.

4) Bezirksverein Weiden hat 22 Mitglieder; Vorsitzender Dr. Reinhard, prakt. Arzt in Weiden, Shriftführer und Cassier Dr. Grundler, Bezirksarzt in Neustadt a. W.; 3 Versammlungen.

5) Bezirksverein für Regensburg und Umgebung hat 37 Mitglieder. Vorsitzender Dr. Hofmann, Medicinalrath, Schriftführer Dr. Brauser, Hofrath, Cassier Dr. Fritz Popp, prakt. Arzt in Regensburg. In den fünf seit der letzten Aerztekammer abgehaltenen Vereinsversammlungen wurden eingehende Besprechungen der Koch'schen Entdeckung gepflogen; ein Vertrag mit der Unfallversicherungsgesellschaft Nordstern-Berlin wurde definitiv zum Abschluss gebracht; Berichte der Cassenärzte der Gemeindekrankenversicherung wie der neuen Ortskrankenkasse für die Bauhandwerker wurden erstattet, eine Reihe von Mittheilungen aus der Praxis gemacht und an grösseren Vorträgen folgende gehalten: Dr. Hofmann über die Resultate der neuesten Forschungen über Tuberculose mit mikroskopischen Demonstrationen. Dr. Brauser über die Verhandlungen des verstärkten Obermedizinalausschusses und über die Anträge zur diesjährigen Aerztekammer.

Auf Einladung des Vorsitzenden hielt nun der k. Regierungscommissär seinen Vortrag über die Sanitätsverhältnisse des Regierungsbezirkes im Jahre 1890. In erster Reihe berichtete derselbe über die Geburten und Sterbefälle einschliesslich der Kindersterblichkeit mit Vergleichen gegenüber den Vorjahren, ferner über die Inanspruchnahme der ärztlichen Hilfe in den einzelnen Bezirken des Kreises. Hieran schloss sich ein hochinteressanter ausführlicher Bericht über die öffentliche Gesundheitspflege im Regierungsbezirke. Nach Schluss des Berichtes brachte der Vorsitzende dem k. Regierungscommissär den wärmsten Dank der Kammer zum Ausdruck.

In der an diesen Bericht sich anschliessenden Discussion kam auch zur Sprache, dass es wünschenswerth wäre, wenn die Regierungsentschliessung vom 21. December 1884, betr. die Maassregeln bei Ausbruch von Scharlach und Diphtherie, Kreisamtsblatt pag. 1023, für gewöhnlich als ausreichend angesehen würde, und dass Maassregeln, welche über die genannte Verordnung hinausgehen, nur in ganz besonderen Fällen in örtlich beschränkten und genau bezeichneten Territorien durch das k. Bezirksamt erlassen werden möchten und zwar unter gleichzeitiger motivirender Berichterstattung an die k. Kreisregierung.

Der k. Regierungscommissär erklärte sich mit diesem Wunsche einverstanden.

Der Vorsitzende berichtete sodann über die Resultate der Morbiditätsstatistik im Kreise für das Jahr 1890. Die Zusammenstellung ergab:

Brechdurchfall	Diphther., Croup	Erysipelas	Intermittens u. Neuralgia interm.	Kindbettfieber	Meningit. cerebrosp.	Morbilli	Ophthalm blennorh. neonat.	Parolitis epidem.	Pneumon. croupos	Pyaemie, Septicaemie	Rheumat. ac. artiv.	Ruhr (dysent.)	Scarlatina	Tussis convulsiv.	Typhus abdomin.	Varicellen	Variola, Variolois	Gesammt-Summe
463	1107	226	154	63	6	2739	8	2	2362	5	348	9	293	216	180	138	5	8324

Uebergehend zu den Anträgen der einzelnen Vereine berichtete der Vorsitzende über eine in Nürnberg abgehaltene Vorbesprechung der Vorsitzenden sämmtlicher Aerztekammern, welche in diesem Jahre zum ersten Male stattfand und deren Verlauf die Theilnehmenden so befriedigte, dass eine Wiederholung für jedes künftige Jahr beschlossen wurde. Das Resultat der Besprechung war die Aufstellung einer Reihe gemeinsamer Anträge durch alle Aerztekammern.

I. Der in der Münchener medicinischen Wochenschrift Nr. 41 veröffentlichte Antrag Brauser, betr. eine gerüchtweise bekannt gewordene Novelle zur Gewerbeordnung, wurde vom Antragsteller zurückgezogen, nachdem dieser Antrag infolge eingezogener Erkundigungen gegenstandslos geworden war.

II. Ein Schreiben des geschäftsführenden Ausschusses des Verbandes der deutschen Berufsgenossenschaften wird zur Verlesung gebracht und beschloss die Kammer conform mit den Vorschlägen der Nürnberger Zusammenkunft:

1) sich bereit zu erklären, für die Aufstellung von Sachverständigencollegien Sorge zu tragen und diese Bereitwilligkeit dem geschäftsführenden Ausschusse des Verbandes der deutschen Berufsgenossenschaften zur Kenntniss zu bringen;

2) als Mitglieder dieses Sachverständigencollegiums in erster Reihe die jeweiligen Directoren der beiden hiesigen Krankenhäuser zu bezeichnen, weitere Mitglieder jedoch von Fall zu Fall nach Bedarf und nach der Sachlage des Einzelfalles zu ernennen, wozu der ständige Ausschuss ermächtigt wird.

III. Bezüglich der weiteren Bearbeitung der Morbiditätsstatistik der Infectionskrankheiten und der für die Einsendung der Monatskarten seitens der k. Staatsregierung zugesagten Portofreiheit beschloss die Kammer in Uebereinstimmung mit den übrigen Kammern, wie folgt:

»es sei der k. Staatsregierung der Dank der oberpfälzischen Aerzte für das durch die Ministerialentschliessung vom 5. August 1891, die Morbiditätsstatistik der Infectionskrankheiten betr., erwiesene Wohlwollen zum Ausdruck zu bringen, hieran jedoch die Bitte anzureihen, von dem in jener Ministerialentschliessung geplanten Modus der Erhebung der Morbiditätsstatistik Umgang zu nehmen und zwar aus folgenden Gründen:«

Die bisher auf Grund des vom erweiterten Obermedicinalausschuss beschlossenen gemeinsamen Einzelzählblättchens bearbeitete Morbiditätsstatistik gewährte durch Einsendung dieser Zählblättchen an die Sammelstellen der Vereine und des Kreises diesen Letzteren einen Ueberblick über die epidemiologischen Vorkommnisse und das Auftreten von Infectionskrankheiten im Vereinsbezirke und im Kreise selbst. Den Sammelstellen lag es ob, die Resultate der Einzelzählblättchen monatlich zusammenzustellen und die Summen auf den vorgedruckten Postkarten monatlich an die Centralstelle in München zur Anzeige zu bringen. Nicht durch diese letzteren Einsendungen nach München, sondern durch die Einlieferung der Einzelzählblättchen an die Sammelstellen seitens der Mitarbeiter entstanden diejenigen Auslagen für Portis, welche die Vereine und Vereinsmitglieder ungebührlich belasten. Die Ministerialentschliessung vom 5. August d. J. erleichtert nach dieser Richtung hin weder die Vereine noch die Aerzte, sondern gewährt Portofreiheit nur für die monatlichen Zusammenstellungen, resp. deren Einsendung nach München. Wenn der Freiwilligkeit der Morbiditätsstatistik kein Abbruch geschehen soll, muss die Portofreiheit auch nach jener Richtung sich erstrecken, welche sich auf die Einsendung der Einzelzählblättchen bezieht. Wenn jedoch die Morbiditätsstatistik sich künftig nur mehr auf die Einsendung der monatlichen summarischen Zusammenstellung der beobachteten Krankheitsfälle beschränken soll, für welche durch jene Ministerialentschliessung Portofreiheit gewährt wurde, so entzieht sich dieselbe gänzlich der Kenntnissnahme durch die Vereine und Kreise, es gehen die bisherigen Beobachtungen über Alter und Geschlecht der Kranken, über Zeit und Ort der einzelnen Erkrankungen gänzlich verloren und es verliert dadurch die ganze Morbiditätsstatistik wesentlich an Werth. Da nun die Bezirksvereine auf den bisherigen Modus der Einsendung von Einzelzählblättchen an Sammelstellen nicht verzichten wollen, sondern die Morbiditätsstatistik in der bisherigen Weise weiter bearbeiten wollen, so werden dieselben die monatlichen Resultate derselben wie bisher dem statistischen Bureau zur Kenntniss bringen, und ersuchen die k. Staatsregierung, die Ausdehnung der Portofreiheit auf die Einsendung der bisherigen Einzelzählblättchen an die Sammelstellen in Erwägung ziehen zu wollen.

Zugleich möchte die Kammer in Anregung bringen, wie seinerzeit bereits vom verstärkten Obermedicinalausschuss geschehen:

»dass die Anzeigeformulare für Anzeigen einzelner Fälle von ansteckenden Krankheiten, wie sie durch die Allerhöchste Verordnung vom 22. Juli 1891, die Verpflichtung der Medicinalpersonen zur Anzeige ansteckender Krankheiten unter Menschen betr., gefordert wird, an sämmtliche Aerzte unentgeltlich hinausgegeben werden möchten.«

Der ärztliche Bezirksverein Regensburg stellte hierauf noch folgenden Antrag:

»an die k. Staatsregierung das Ersuchen zu stellen, es möchten die Bestimmungen über die Fahrpreisermässigung bei Reisen mittelloser Kranker nach und von öffentlichen Heilanstalten, wie sie in dem Ministerialerlass vom 18. Mai 1891 bekannt gegeben wurden, dahin interpretirt werden, dass unter jene öffentlichen Heilanstalten, welchen diese Bonification zu Theil wird, auch diejenigen Privataugenheilanstalten gerechnet werden, welche aus öffentlichen Mitteln der Kreise, Districte oder Gemeinden Sustentationen beziehen und dadurch verpflichtet sind, Kranke aus grösseren Entfernungen aufzunehmen.«

Begründung: Wir haben bei dieser Bitte an die k. Staatsregierung die Augenheilanstalten an hiesigem Orte im Sinne, welche von Seiten des Kreises durch Landrathsbeschluss und von Seiten einzelner Gemeinden Sustentationen erhalten und sich dadurch verpflichten, arme Einwohner des Kreises oder der betreffenden Gemeinde in ihre Lokalitäten aufzunehmen, ihnen Verpflegung und Behandlung angedeihen zu lassen. Durch ein derartiges Vertragsverhältniss dürfte diesen Privatanstalten der Charakter öffentlicher Anstalten im Sinne obiger Ministerialentschliessung zukommen und den zu oder von denselben reisenden Kranken und deren Begleitern die in denselben in Aussicht gestellte Fahrpreisermässigung zu gewähren sein. Ein in obigem Sinne an die k. Regierung der Oberpfalz und von Regensburg Seitens eines Anstaltsarztes gerichtetes Ansuchen wurde unter Hinweis auf eine speciell zu diesem Falle ergangene Ministerialentschliessung vom 30. September d. J. abgelehnt. Das k. Staatsministerium des k. Hauses und des Aeusseren gesteht in dieser seiner Entschliessung zu, dass derartige Heilanstalten in der That den öffentlichen sich vergleichen lassen, ist aber gegen eine Ausdehnung der Fahrpreisermässigung auf die Kranken dieser Anstalten aus dem Grunde, weil dann allen Privatheilanstalten, auch denen ohne Subvention, die Ermässigung gewährt werden müsste. Dem gegenüber wäre hervorzuheben, dass die Wichtigkeit und Nothwendigkeit von Privataugenheilanstalten insbesondere in der Provinz doch wohl eine ganz besondere ist, die sich mit derjenigen anderer Privatheilanstalten gar nicht vergleichen lässt. Denn gerade bei Augenkrankheiten kommt Alles darauf an, dass der betreffende Kranke möglichst bald in entsprechende, d. h. specialistische Behandlung gelangt. Diese kann er aber in öffentlichen allgemeinen Krankenhäusern in den seltensten Fällen finden, sondern ist genöthigt, entweder an die öffentlichen, d. h. die Universitätskliniken, (deren es bekanntlich nur drei giebt) sich zu wenden, oder die in der Regel viel näher gelegenen Privatheilanstalten aufzusuchen. Da nun aber die Erlangung eines Freiplatzes in einer Universitätsklinik nicht so leicht ist, und ausserdem die Leute wissen, dass sie zu Lehrzwecken verwendet werden, so werden sie in erster Linie immer auf die in der Provinz gelegenen Privatanstalten angewiesen sein. Dass dem wirklich so ist, kann man aus der Frequenz dieser Anstalten, vor allen Dingen aber aus dem Umstande ersehen, dass von Seiten der Kreise und einzelner Distrikte Subventionen gewährt werden. Diese sind zwar nicht so namhaft, um die aus der Verpflegung der Kranken entstehenden Kosten zu decken, geschweige denn, dass sie irgend ein Aequivalent für die durch Behandlung und Operationen geleisteten ärztlichen Bemühungen gewährten. Aber sie beweisen auf das eklatanteste die Bedürfnissfrage. Es erscheint nun in der That nicht ganz der Billigkeit zu entsprechen, wenn diejenigen unbemittelten Kranken, welche Privatheilanstalten aufsuchen oder aufzusuchen genöthigt sind, die volle Fahrtaxe bezahlen, welche, nebenbeigesagt, einschliesslich der Begleitung in der langgedehnten Oberpfalz nach Umständen gar nicht gering ist, während solche, welche eine Universitätsklinik besuchen, sich der Ermässigung auf die Hälfte erfreuen. Die Sache hat aber auch noch eine andere Seite. Durch die offenbare Begünstigung der Universitätskliniken wird ein Theil des Materials und zwar gerade das dankbarste, das operative Material, gewissermassen künstlich von den Privatkliniken abgelenkt werden. Nun kann aber der Augenarzt, welcher mit Erfolg praktisch thätig sein soll, dieses Materials nicht entbehren, weil es ihm dazu dient, sich die operative Dexterität zu bewahren, um ihm denjenigen Ruf zu sichern, dessen er zur erspriesslichen Ausübung seiner Privatpraxis nicht entbehren kann. Es wird auf diese Weise eine directe Benachtheiligung und Schädigung der Privatheilanstalten in der Provinz herbeigeführt, welche wohl um so weniger berechtigt wäre,

als diese Anstalten zu grossem Theile von Augenärzten geleitet werden, welche seit langen Jahren in uneigennütziger Weise ihre Kenntnisse und ihre Thätigkeit im Interesse des allgemeinen Wohles zur Verfügung gestellt haben.

Die Kammer genehmigt einstimmig diesen Antrag.

Der Delegirte des ärztlichen Bezirksvereins Weiden, Dr. Reichard, interpellirt hierauf den Herrn Regierungscommissär wegen der an die Gensdarmerie herausgegebenen Arzneikästen, welche ausser Verbandstoffen auch sehr differente Medicamente zum innerlichen Gebrauch, wie Cuprum sulfur. und Opium enthalten, deren Verabreichung durch Laien immer mit Gefahr verbunden sein muss. Die Interpellation wird von den übrigen Delegirten unterstützt.

Der Herr Regierungscommissär ist nicht in der Lage, über die angeregte Thatsache Aufschluss zu geben, nachdem der k. Regierung von der betreffenden Anordnung bisher durchaus keine Kenntniss gegeben wurde

Nachdem weitere Anträge seitens der Delegirten nicht gestellt wurden, schritt die Kammer zur Wahl der Mitglieder des Schiedsgerichtes auf Grund des § 7 der Allerhöchsten Verordnung vom 27. December 1883 zu § 33a der Gewerbeordnungsnovelle vom 1. Juli 1883 und bestimmte hierzu die Herren: Dr. Bredauer, Dr. Eser, Dr. Herrmann, Dr. Reinhard, Dr. Schmelcher.

Zum Abgeordneten für die Sitzung des verstärkten Obermedicinalausschusses wird Dr. Brauser, zu dessen Stellvertreter Dr. Rehm, k. Medicinalrath und Landgerichtsarzt in Regensburg, gewählt.

Nach Erledigung der Tagesordnung dankte der Vorsitzende dem Herrn Regierungscommissär für seine rege und erspriessliche Theilnahme an den Verhandlungen.

Dr. Schmelcher sprach dem Vorsitzenden den Dank der Kammer für die umsichtige Leitung der Verhandlungen aus, worauf der Vorsitzende die Kammer schloss.

Während der Verhandlungen hatten die Delegirten die Ehre, durch den Herrn Regierungscommissär dem k. Staatsrathe und Regierungspräsidenten Excellenz Dr. von Ziegler, sowie Herrn Regierungsdirector Späth vorgestellt zu werden, welche Beide sich in eingehender Weise sowohl über die Verhältnisse in den einzelnen Bezirken des Kreises als auch über die Arbeiten der Kammer unterhielten.

Schluss der Sitzung Mittags 1 Uhr.

Der Vorsitzende:	Der Schriftführer:
Dr. Brauser.	Dr. Reinhard.

Protokoll der Sitzung der Aerztekammer für Oberfranken.

Bayreuth, den 28. October 1891.

Vormittags 9 Uhr.

Anwesend sind: Der königl. Regierungs- und Kreis-Medicinalrath Herr Dr. Roger als k. Regierungscommissär; als Vertreter für den ärztlichen Bezirksverein Bayreuth der praktische Arzt Herr Dr. Hess in Bayreuth und der k. Medicinalrath Herr Dr. Schneider in Kulmbach; für den Bezirksverein Bamberg: Herr Medicinalrath Dr. Roth und praktischer Arzt Dr. Zinn, beide von Bamberg; für den ärztlichen Bezirksverein Hof: der k. Landgerichtsarzt Herr Dr. Walther von dort; für den ärztlichen Bezirksverein Kronach: der praktische Arzt Herr Dr. Alafberg von dort; für den ärztlichen Bezirksverein Staffelstein (Lichtenfels): Herr k. Bezirksarzt Dr. Bartholomae von Staffelstein.

Herr Medicinalrath Dr. Schneider-Kulmbach übernimmt als Alterspräsident den Vorsitz und eröffnet die Versammlung, indem er zunächst den Herrn Regierungscommissär sowie die einzelnen Kammermitglieder begrüsst, und den Wunsch ausspricht, es möge der Herr Regierungscommissär auch in diesem Jahre die Kammer mit seinem bewährten Rathe gütigst unterstützen.

In seiner Erwiderung spricht der k. Regierungscommissär Herr Kreismedicinalrath Dr. Roger das Interesse der k. Staatsregierung an den Verhandlungen der Kammer aus und sichert seine rege Antheilnahme an den Verhandlungen zu; zugleich giebt er bekannt, dass eine Vorlage von Seite der hohen Staatsregierung an die Kammer für dieses Jahr nicht gelangt sei.

Unter dem Vorsitz des Alterspräsidenten erfolgte hierauf die Wahl des Bureaus; nach Vorschlag des Bezirksarztes Herrn Dr. Bartholomae wird per acclamationem das Bureau früherer Jahre und dem zufolge Herr Bezirksarzt Medicinalrath Dr. Schneider-Kulmbach als Vorsitzender, als Stellvertreter desselben Medicinalrath Dr. Roth-Bamberg; als Schriftführer Dr. Zinn-Bamberg gewählt. Die Gewählten nahmen die Wahl dankend an.

Auf Ansuchen des Vorsitzenden verliest der k. Herr Regierungscommisär die Verbescheidungen der hohen Staatsregierung auf die Verhandlungen der vorjährigen Aerztekammern, eine Debatte schliesst sich hieran nicht an.

Sodann giebt der Vorsitzende der Aerztekammer den Einlauf bekannt, nach dessen Erledigung auf Ansuchen des Kammerpräsidenten der k. Kreismedicinalrath Herr Dr. Roger den Sanitätsbericht erstattet; eine Besprechung über diese Mittheilungen fand nicht statt und wird dem Herrn Regierungsrath von Seite des Vorsitzenden der Dank der Kammer für die interessante Zusammenstellung des Mitgetheilten votirt.

Während dieser Mittheilungen hatte die Kammer die Ehre, durch einen Besuch Sr. Excellenz des Herrn Regierungspräsidenten von Burchtorff ausgezeichnet zu werden.

Anträge von Seite der einzelnen Vereine an die Kammer liegen nicht vor; namens des ärztlichen Bezirksvereins Kronach stellt Dr. Alafberg die Anfrage, wie es denn nach dem Ministerialerlasse vom 5. August 1891, die Morbiditätsstatistik der Bezirksvereine betr., mit der Fertigung derselben für die Zukunft zu halten sei; diese Frage hatte bereits auf der Tags vorher in Kulmbach stattgefundenen Versammlung oberfränkischer Aerzte eine gründliche Durchsprechung erfahren, auf Grund deren Herr Medicinalrath Dr. Roth ein ausführliches Referat ausgearbeitet hat und zur Kenntniss der Kammer bringt:

Die Portofreiheit für die Herstellung der Morbiditätsstatistik war s. Z. von den Aerztekammern von Oberpfalz und Regensburg und Schwaben beantragt. In der Sitzung des verstärkten Obermedicinalausschusses vom 20. November 1888, in welcher die Einrichtung der Morbiditätsstatistik für das Königreich Bayern berathen wurde, wurde diese Frage auch vom Referenten Herrn Geheimrath Dr. v. Ziemssen gestreift, jedoch mit der Bemerkung, dass er entschieden dagegen sei, etwas vom Staate zu verlangen; und auch der Vorsitzende, Herr Geheimrath von Kerschensteiner bemerkte, dass auf Portofreiheit nicht werde zu rechnen sein. Nach diesen Erklärungen wurde der Gegenstand ohne weitere Bemerkung verlassen.

Die von einer Minderheit der Kammern gestellte Bitte um Gewährung von Portofreiheit wurde sonach von dem erweiterten Obermedicinalausschusse nicht angeeignet; in den späteren Kammerverhandlungen findet sich nur im Jahre 1890 ein Antrag der Kammer von Oberbayern auf Zuschusse aus Staatsmitteln zu Zwecken der Morbiditätsstatistik. (Die in der Sitzung vom Jahre 1890 geschehene Anregung bezog sich auf die Anzeigen ansteckender Krankheiten.)

Trotzdem also aus ärztlichen Kreisen und insonderheit aus den gesetzmässigen Vertretungen des ärztlichen Standes der Ruf nach finanziellen Erleichterungen der Aerztevereine in Bezug auf die Herstellung der Morbiditätsstatistik nicht besonders ausgedehnt und noch weniger laut erscholl, so hat doch das k. Staatsministerium des Innern in dankeswerther Fürsorge eine theilweise Portofreiheit bewirkt, und in hoher Entschliessung vom 5. August 1891 die Bedingungen veröffentlicht, unter denen die monatlichen Zählkarten an das k. statistische Bureau portofrei eingesendet werden können.

So dankbar nun die Intention und Bewilligung der hohen Staatsregierung aufgenommen werden muss, so offen muss auch dargelegt werden, dass durch diese Bewilligung die ärztlichen Vereine in den finanziellen Aufwendungen, welche sie für die Herstellung der Morbiditätsstatistik machen, nur zum geringsten Theile entlastet werden. Denn die Portokosten, welche für die 12 monatlichen Einsendungen an das statistische Bureau bisher gemacht wurden, waren nur sehr geringfügig; meist bestehen in einem Vereine nur 2—4 Sammelstellen, und jede von diesen hatte monatlich nur 5 Pf. zu verausgaben.

Wegen dieser Kosten wäre gewiss nie aus dem Schoosse eines ärztlichen Bezirksvereins ein Antrag gekommen.

Dagegen bestehen für die Vereine sehr bedeutende Kosten durch die Sammlung des Urmaterials der Zählblättchen. Eine Erstreckung der Portofreiheit für die Sendungen der einzelnen Aerzte an die Sammler (meistens die Bezirksärzte) würde eine erhebliche finanzielle Erleichterung der Bezirksvereine herbeiführen.

Die hohe Ministerialentschliessung vom 5. August 1891 scheint nun in der That eine solche Erleichterung zu beabsichtigen, jedoch, wie oben erwähnt, nur nach einer Richtung hin. Dieselbe scheint übrigens nach dem Wortlaute der Ziffer 3 und bei dem Umstande, dass jüngst seitens des k. statistischen Bureaus von den Bezirksärzten ein Verzeichniss der bei der Morbiditätsstatistik betheiligten Aerzte eingefordert worden ist, anzunehmen, dass jeder betheiligte Arzt am Schlusse des Monats eine Zählkarte direct an das k. statistische Bureau einsenden soll, welche unter Erfüllung der vorgeschriebenen Bedingungen portofrei bleibe.

Wenn dies sich wirklich so verhielte, wie dem Anscheine nach kaum anders angenommen werden kann, so wäre dies im Interesse der Sache lebhaft zu beklagen, denn:

1) würden die betheiligten Aerzte nunmehr mit doppelter Arbeit belastet, weil sie die Zählblättchen für jeden einzelnen Fall und die Zählkarte auszustellen hätten.

Wer nun weiss, wie schwierig es für den Sammler ist, die Zählblättchen auch nur zu annähernd richtiger Zeit und oft nur auf wiederholte Monitorien hin zu erhalten, der wird nicht leicht sich entschliessen, den Aerzten noch eine weitere, immerhin nicht ganz unerhebliche Arbeit zuzumuthen.

2) Wäre bei direkter Ausfertigung der Zählkarte durch die einzelnen Aerzte, welche fast immer in mehreren Amtsgerichtsbezirken prakticiren, eine Ausscheidung derselben nach Amtsgerichtssprengeln kaum möglich und es würde dann der centralen Stelle die Einsicht in die localen Vorgänge entgehen.

3) Wäre bei einem vollkommen auf freiem Willen der Betheiligten beruhenden Unternehmen eine durch
die Verhältnisse gewiss nicht gebotene Veränderung des Geschäftsganges geeignet, viele Missverständnisse und damit Verstimmungen hervorzurufen, welche dem Zwecke schaden müssten.

In Erwägung der angeführten, sicherlich zu besorgenden Nachtheile erscheint es gerathen, von der bisherigen Uebung nicht abzugehen. Es würden demnach, wie bisher, die Sammler, welche ja meistens die Bezirksärzte sind, aus den ihnen zugegangenen Zählblättchen nach Schluss des Monats die Zählkarten herstellen, und, unter Beachtung der in der hohen Ministerial-Entschliessung vom 5. Juli 1891 vorgeschriebenen Formalitäten an das k. statistische Bureau einsenden.

Dagegen ist es wohl am Platze, der k. Staatsregierung für die wohlwollende Ertheilung der Portofreiheit den geziemenden Dank auszusprechen, und damit die ehrfurchtsvolle Bitte zu verbinden, dass von der Einsendung der Zählkarte durch jeden einzelnen Arzt abgesehen werden, und die Portofreiheit den Einsendungen der Zählblättchen an die Sammler zugewendet werden möge. Eine grössere Belastung der k. Postanstalt (Benachtheiligung der Postkasse) würde hiedurch nicht entstehen, da eben jeder Arzt nur eine Einsendung zu machen hätte, statt der in Aussicht genommenen Zählkarte an das k. statistische Bureau jene der Zählblättchen an den Sammler.

Das Referat gipfelt in folgenden Sätzen:

Die Kammer constatirt, dass es der einstimmige Wunsch aller in der Kammer vertretenen Vereine ist, dass die Sammlung und locale Bearbeitung des Urmateriales (der Zählblättchen) bei den Vereinen bezw. Bezirksärzten als Mandataren der Vereine verbleibe; ferner, dass nach Abschluss der lokalstatistischen Arbeiten das Urmaterial dem Herrn Kreismedicinal-Referenten wie bisher zugestellt werde; endlich beschliesst die Kammer, an die hohe Staatsregierung die ehrfurchtsvolle Bitte zu stellen, es wolle

1) von directer Einsendung von Karten seitens der einzelnen Aerzte an das statistische Bureau abgesehen,

2) die monatlichen Zählkarten wie bisher von den Sammlern an Herrn Geheimrath von Kerschensteiner so in Zukunft an das statistische Bureau eingesendet,

3) die gewährte Portofreiheit auf die Einsendung der Zählblättchen, die von Seite der praktischen Aerzte an den Sammler geschieht, übertragen werden.

Hierauf tritt die Kammer in die Verhandlung über ein Anschreiben des geschäftsführenden Ausschusses des Verbandes der deutschen Berufsgenossenschaften über die Bildung von Sachverständigencollegien zur Erstattung von Obergutachten in Sachen der Unfallversicherungen. Die Kammer erklärt sich principiell für die Erfüllung der Bitte des geschäftsführenden Ausschusses des Verbandes der deutschen Berufsgenossenschaften und beauftragt ihren Vorsitzenden, sich mit den Vorsitzenden der anderen Aerztekammern ins Benehmen zu setzen über die weiteren Verhandlungen, welche mit der genannten Körperschaft gepflogen werden sollen.

Die einzelnen Delegirten berichten hierauf über ihre Vereine, wie folgt:

Der ärztliche Bezirksverein Bamberg bestand im Jahre 1890 aus 13 Mitgliedern, 27 in der Stadt und 16 auf dem Lande; hievon sind abgegangen Dr. Puricelli durch Verzug nach München und Medicinalrath Dr. Stoehr in Bamberg durch Tod. Zugegangen sind Assistenzarzt Dr. Ebner, so dass für 1891 26 Mitglieder in der Stadt und 16 auf dem Lande, im ganzen somit 42 Mitglieder verbleiben. Vorsitzender ist Landgerichtsarzt Dr. Pürkhauer, Schriftführer Dr. Göttling, Cassier Dr. Brandis.

Es wurden 2 Generalversammlungen und 10 Monatssitzungen abgehalten.

Der ärztliche Bezirksverein Bayreuth zählt 16 Mitglieder in der Stadt, 13 auswärts, sowie 1 Ehrenmitglied; in Summa 30.

Eingetreten ist Dr. Hobinger-Bayreuth und Gundlach-Waischenfeld; ausgetreten Bezirksarzt Dr. Keim-Hollfeld. Abgehalten wurden 2 Versammlungen. Vorstand ist Dr. Hess, Schriftführer und Cassier Dr. Würzburger; Delegirte zur Aerztekammer Dr. Schneider-Kulmbach und Dr. Hess-Bayreuth.

Der ärztliche Bezirksverein Hof zählt 25 Mitglieder, 8 in Hof, 17 auswärts; es wurde eine Generalversammlung gehalten und der Lokalverein Hof hatte 10 Zusammenkünfte.

Ausgetreten ist kein Mitglied, eingetreten sind 4, Dr. Proskauer in Hof, Dr. Kahlert in Wunsiedel, Dr. Aumüller in Weissenstadt und Dr. Scheller in Markt-Redwitz.

Vorstand des Vereins besteht aus: Dr. Tuppert, Vorsitzender, Dr. Frank, Schriftführer und Dr. Theile, Cassier.

Der ärztliche Bezirksverein Lichtenfels-Staffelstein hat 13 Mitglieder, er hielt eine Versammlung in Lichtenfels, 2 in Staffelstein ab; Vorsitzender ist Dr. Hummert in Lichtenfels, Schriftführer und Cassier Dr. Schreiner in Sesslach.

Der ärztliche Bezirksverein Kronach hat 11 Mitglieder; ausgetreten ist Bezirksarzt Dr. Wäninger, verzogen Dr. Münich-Wallenfels. Es fanden 4 Versammlungen statt; Vorsitzender ist Bezirksarzt Dr. Vogel, den auch die übrigen Chargen bekleidet.

Bei der Wahl eines Delegirten zum verstärkten Obermedicinalausschuss fällt dieselbe auf den bisherigen bewährten Vertreter Herrn Medicinalrath Dr. Roth-Bamberg, welcher sich auch zur Annahme des Mandates bereit erklärt; als Vertreter des Delegirten wird Herr Medicinalrath Dr. Schneider einstimmig gewählt.

Nachdem weitere Anträge nicht vorliegen, spricht der Vorsitzende dem Herrn Regierungscommissär den Dank der Kammer aus für seine freundliche Antheilnahme an den Verhandlungen, ebenso Dr. Hess dem Bureau.

Eine Berichterstattung des Delegirten zum verstärkten Obermedicinalausschuss wurde von der Kammer nicht entgegengenommen, nachdem die Protokolle der Sitzungen bereits in der Münchener Med. Wochenschrift veröffentlicht worden sind.

Schluss der Sitzung fand Mittags 1 Uhr statt.

gez. Dr. Roger. Dr. Schneider. Dr. Roth.
Dr. Walther. Dr. Hess. Dr. Bartholomae.
Dr. Alafberg. Dr. Zinn.

Protokoll der Sitzung der Aerztekammer von Mittelfranken.

Ansbach, den 28. October 1891.

Beginn der Sitzung 9 Uhr.

Anwesend: der k. Regierungs- und Kreismedicinalrath Dr. Martius als Commissär. Als Delegirte der Bezirksvereine: Ansbach: Dr. Burkhardt, k. Landgerichtsarzt; Eichstädt: Dr. Lutz, k. Bezirksarzt; Erlangen: Privatdocent Dr. Graser und Dr. Fritsch; Fürth: Dr. Mayer; Nordwestliches Mittelfranken: Dr. Poeschel, k. Bezirksarzt in Neustadt a. A.; Nürnberg: Dr. Beckh, Dr. Merkel, k. Bezirksarzt und Medicinalrath und Dr. Reichold-Lauf; Rothenburg: Dr. Kähn, k. Bezirksarzt in Uffenheim; Südfranken: Dr. Lahne, k. Bezirksarzt und Medicinalrath in Schwabach und Dr. Eidam in Gunzenhausen.

1) Dr. Merkel, zum Vorsitzenden erwählt, gibt Bericht über die Thätigkeit des ständigen Ausschusses im verflossenen Jahr und wirft einen Rückblick auf die 20jährige Thätigkeit der Kammer.

Kassenbericht 1890/91.

A. Einnahmen.

Uebertrag von 1889/90	14,55 M.	
Beiträge der Vereine	363,66 „	
Sa. . . .		378,21 M.

B. Ausgaben.

Copialien	24,— M.
Delegation zum Obermedicinalausschuss	102,55 „
Druckprotokolle	69,25 „
Zählkarten	52,35 „
Porti	1,81 „
Verschiedenes	12,— „
Sa.	261,96 M.

Abgleichung.

Einnahmen	378,21 M.
Ausgaben	261,96 „
Rest	116,25 M.

Für das nächste Jahr wird ein Kopfbeitrag von 50 Pf. beschlossen.

2) Der k. Commissär Kreismedicinalrath Dr. Martius erstattet Bericht über die Sanitätsverhältnisse des Kreises im Jahre 1890.

3) In den Einlauf sind neben Anderem zwei Arbeiten von Dr. Mayer-Fürth und Dr. Schubert-Nürnberg gekommen, Versuche mit Steilschrift enthaltend.

Zur Verlesung gelangt der Ministerialbescheid auf die Verhandlungen der Aerztekammer 1890.

Dr. Lochner bemerkt dazu:

Die Morbiditätsstatistik der Infectionskrankheiten entsprang dem Wunsche der Aerzte und ärztlichen Bezirksvereinen, dadurch Kenntniss von dem Auftreten und der weiteren Ausbreitung derselben zu erlangen und zwar natürlich in ihrem Bereiche.

Diese Arbeit wurde von den Aerzten freiwillig und gerne übernommen, weil dieselben die Wichtigkeit dieser Statistik für die einzelnen Bezirke sofort erkannten.

So wichtig denn auch das Sammeln der Zählblättchen für ganze Regierungskreise und für das ganze Königreich ist, so liegt doch für die einzelnen Aerzte und Vereine der Schwerpunkt dieser Statistik in ihrer Verwerthung für die einzelnen Bezirke.

Die dadurch verursachten Auslagen für Porto belasten die einzelnen Aerzte und Vereine in empfindlicher Weise und in dieser Richtung hat die Ministerialentschliessung vom 5. August 1891 keinerlei Erleichterung gebracht.

Da die Freiwilligkeit bei dieser Statistik entschieden gewahrt bleiben soll im Interesse der Sache selbst und auch nach der Ansicht des erweiterten Obermedicinal-Ausschusses, so würden wir der k. Staatsregierung sehr dankbar sein, wenn dieselbe die Frage der Portofreiheit nach dieser Richtung hin in erneute Erwägung ziehen wollte.

Ein Antrag des Bezirksvereins Weilheim geht auf Gewährung eines Aversums an die an der Morbiditätsstatistik betheiligten Aerzte hinaus. Dr. Lochner tritt für seine Fassung ein.

Dr. Beckh ist für Anschluss an den Antrag und meint, die Generaldirection könne durch Gewährung abgestempelter Couverts Abhülfe schaffen.

Dr. Merkel und Dr. Reichold sind für die allgemeine Haltung der Resolution.

Die Kammer stimmt dieser letzteren Anschauung zu.

Zu der obligatorischen Anzeigepflicht der Aerzte bei Infectionskrankheiten (Allerh. Ministerialentschliessung vom 22. Juli 1891) bemerkt Dr. Lutz:

Es möchten im Hinblick auf die Allerhöchste Ministerialentschliessung vom 22. Juli 1891, welche den Aerzten die Anzeige der Infectionskrankheiten theils in jedem einzelnen Falle, theils nur bei grösserer Verbreitung zur Pflicht macht, im Interesse der Statistik allen Aerzten unentgeltlich und portofrei Formulare zugestellt werden, wie dies bereits im Vorjahr von Seite der Aerztekammer von Mittelfranken beantragt und von dem erweiterten Obermedicinalausschuss begutachtet wurde.

Die Feststellung dieser Formulare muss der hohen k. Staatsregierung anheimgegeben werden.

Die Kammer schliesst sich an.

Der Vorsitzende berichtet:

»Dr. Brauser hat in Nr. 41 der Münchener med. Wochenschrift sich an die Aerztekammern gewandt, um deren Aufmerksamkeit auf eine in der Tagespresse veröffentlichte Nachricht zu lenken, nach welcher eine Novelle zur Reichsgewerbeordnung, betr. die Kurpfuscherei, beabsichtigt sei und demnächst dem Reichstag zur Berathung unterbreitet werden würde.«

Nachdem mittlerweile angestellte eingehende Recherchen die Grundlosigkeit dieser Nachricht unzweifelhaft ergeben haben, geht die Kammer über diesen Antrag als gegenstandslos zur Tagesordnung über.

4) Seitens des geschäftsführenden Ausschusses der Berufsgenossenschaften wurde die Anfrage gestellt, ob die Aerztekammern eventuell bereit seien, aus ihrer Mitte heraus für Collegien zu sorgen, behufs Abgabe von Obergutachten.

Referent Dr. Beckh: Dem Anschreiben an die Kammer war zur näheren Kenntnissnahme der Bericht über den V. ordentlichen Berufsgenossenschaftstag zu München mit einem besonders auf die angeregte Frage zu beziehenden Erlass des Reichsversicherungsamtes beigegeben, in welchem das Bedürfniss von solchen Sachverständigen-Collegien für jede Provinz anerkannt wird und die Berufsgenossenschaften auf den nunmehr einmal beschrittenen Weg verwiesen werden. Die Wichtigkeit und Nützlichkeit der Einsetzung von solchen Collegien ist in den Bezirksvereinen, in welchen das Anschreiben besprochen wurde, einstimmig anerkannt worden und wurden hierfür auch noch weitere Gesichtspunkte, wie die Ueberlastung einzelner Aerzte mit solchen Gutachten, die Wichtigkeit einer gewissen Continuität der in den Gutachten zur Geltung kommenden Anschauungen u. s. w. aufgestellt.

Der Referent glaubt desshalb der Aerztekammer vorschlagen zu sollen: Die Kammer wolle dem „Verband der deutschen Berufsgenossenschaften“ erklären, dass sie bereit sei, auf seinen Wunsch einzugehen; die Kammer möge ferner bereits jetzt Vorsorge treffen, dass, wenn von dem Verband der Wunsch geäussert werden sollte, die Namen der Sachverständigen zu benennen, dies auch im Laufe des Jahres geschehen könne; ebenso eventuell das Krankenhaus zu bezeichnen, in welchem der Kranke beobachtet werden könnte.

Um dies zu ermöglichen, wird der Aerztekammer des Weiteren empfohlen zu beschliessen: der ständige Ausschuss wird beauftragt, sich an die Krankenhausdirectionen zu Erlangen und Nürnberg zu wenden mit der Anfrage, ob gegebenen Falls die an diesen Anstalten behandelnden Aerzte bereit sind, in ein solches Sachverständigen-Collegium einzutreten.

Das Collegium würde nach der Anschauung der Kammer zu bestehen haben aus 3 Aerzten, sowie zwei ständigen Stellvertretern derselben. Das Collegium müsste auch das Recht der Cooptationen von Spezialisten oder der behandelnden Aerzte je nach der Sachlage haben.

Correferent Dr. Fritsch: Die zu besprechende Anfrage und Anregung hat von Seiten der Aerzte sofort ein freundliches Entgegenkommen gefunden. Die Veranlassung zu derselben war in erster Reihe durch die Weigerung mehrerer Mitglieder medicinischer Facultäten und von Vorständen von Universitätskliniken in Norddeutschland gegeben, in Sachen der Unfallversicherung Obergutachten abzugeben und entsprang die Anfrage dem Wunsche der Berufsgenossenschaften, jeder Zeit Stellen zu haben, von welchen dieselben Obergutachten einholen und erhalten könnten.

Dieser Wunsch ist ohne Zweifel ein berechtigter und verdient im Interesse der Berufsgenossenschaften der Unterstützung.

Wenn auch die Voraussetzungen, welche zu obiger Anfrage geführt haben, für die Verhältnisse unseres Kreises nicht zutreffen, so ist doch eine gemeinsame Regelung einer derartigen Angelegenheit nur mit Freuden zu begrüssen.

Ich stimme desshalb dem Vorschlage des Herrn Referenten bei, der Bitte des geschäftsführenden Ausschusses der deutschen Berufsgenossenschaften zu entsprechen.

Kreismedicinalrath Dr. Martius hatte schon in seiner eröffnenden Ansprache hervorgehoben, dass eine einheitliche Regelung der Gebührensätze für solche Gutachten als ein Bedürfniss erscheine.

Dr. Merkel bemerkt, dass der betonte Missstand durch die hier beabsichtigte Einrichtung wohl ebenfalls geregelt werden könne.

Der kgl. Kreismedicinalrath gibt zu, dass die Regierung nur erfreut sein könne, wenn Seitens solcher Sachverständigen-Collegien die Abstellung des Uebelstandes besorgt werde.

Die beiden Punkte des Antrages Beckh finden einstimmige Annahme.

5) Antrag des Bezirksvereins Südfranken:

Dr. Eidam:

»Der ärztliche Verein für Südfranken stellt den Antrag, die Aerztekammer von Mittelfranken möge beschliessen, es sei an die k. Staatsregierung, Kammer des Innern, die unterthänigste Bitte zu richten, dass eine hohe k. Staatsregierung, ähnlich wie die badische Regierung in dem Ministerialerlass vom 18. März 1890, dem Verhältnisse der Aerzte zu den Krankenkassen näher treten und die letzteren durch die Bezirksämter darauf hinweisen lassen möchte, dass in ihrem Interesse liege, Fühlung mit den Aerzten durch Vermittlung der bestehenden ärztlichen Standesvertretungen (Bezirksvereine) zu suchen.«

Aus den Motiven ist hervorzuheben, dass die Schädigung des ärztlichen Standes materiell durch ungenügende Bezahlung, und moralisch durch Unterbietungen etc. nicht geläugnet werden könne. Doch auch die Kassen nähmen Schaden, wenn sie nicht in Fühlung mit den ärztlichen Vereinen vorgingen; schlechte ärztliche Elemente schädigten die Versicherten, oder nützten die Kassen aus.

Dieses Uebel steigere sich naturgemäss, wenn später noch die Familien mit zur freien Behandlung kämen, statt 20, wie bisher, fielen dann 50 und mehr Procent der Bevölkerung unter das Kassengesetz. Der Bezirksverein Südfranken tritt warm für Honorirung der Einzelleistung und für freie Arztwahl ein und hat durch Vermittlung der k. Regierung im ganzen Vereinsbezirke die Leistungen aller dort bestehenden Krankenkassen zusammengestellt mit dem Ergebniss, dass von 182 Kassen mit Honorirung der Einzelleistung 16 wegen hoher ärztlicher Kosten nicht bestehen können, von 44 mit freier Aerztewahl 4 ebenfalls nicht aus demselben Grunde; dass also diese beiden Desiderate des ärztlichen Standes wohl durchführbar erschienen, wenn immer Kassenvorstände und Aerzte sich verständigten.

Das bekannte Misstrauen der Kassen könne erst durch Interveniren der k. Regierung behoben werden.

Dr. Beckh bittet speciell um Herstellung von Abzügen der sehr interessanten statistischen Tafeln Dr. Eidam's zur Nutzung für andere Vereine.

Dr. Merkel meint, eine Veröffentlichung im ärztlichen Vereinsblatt sei wohl das Beste, und dies der Initiative des Vereins Südfranken zu überlassen.

Dr. Eidam erklärt die Bereitwilligkeit des Vereins hiezu.

Die Kammer stimmt dem Antrag »Südfranken« zu.

6) Dr. Beckh: Die Aerztekammer hat bereits in früheren Jahren sich mehrmals mit der Apothekertaxe und mit Vorschlägen zur Verbesserung derselben, namentlich mit Hinblick auf die häufig viel niedrigere Taxe in anderen deutschen Bundesstaaten beschäftigt und manche ihrer Wünsche haben auch geeignete Berücksichtigung gefunden. Sie begrüsst desshalb auf das wärmste die in diesem Jahre in Fluss gerathenen Bestrebungen des allgemeinen deutschen Apothekervereins für Aufstellung einer dem gemeinsamen deutschen Arzneibuch entsprechenden allgemeinen deutschen Apothekertaxe und bittet die hohe Staatsregierung, sie möge diese Bestrebung auch in Bayern ein geneigtes Entgegenkommen finden lassen.

Die Kammer stimmt zu.

7) Dr. Beckh:

Bereits im Jahre 1873 hat die Aerztekammer von Oberbayern einstimmig einen Antrag auf Errichtung einer staatlichen Anstalt zur Unterbringung von Epileptischen angenommen und im Jahre 1874 hat die Aerztekammer von Mittelfranken einstimmig denselben Antrag in einer Bitte an die k. Regierung gestellt. Die Sache wurde neu aufgenommen in der Aerztekammer-Sitzung des Jahres 1886 und weiter verfolgt im Jahre 1887, ohne leider zunächst Berücksichtigung von Seite der Regierung zu finden.

Zuletzt wurde die Frage angeregt im Jahre 1889, Angesichts der Vorbereitungen zur Erbauung einer zweiten Irrenanstalt in Mittelfranken und hiebei der k. Commissär ersucht, dem Wunsche der Aerztekammer nach einem Asyl für Epileptische am gegebenen Orte Ausdruck zu geben.

Nunmehr wird sich demnächst der Landrath von Mittelfranken mit Vergrösserung und Neubauten für die Kreisirrenanstalt zu beschäftigen haben, wozu die Kammer der Abgeordneten die Aufnahme eines Anlehens von 1 Million Mark bewilligt hat. Da möchte es denn an der Zeit sein, dass die Aerztekammern von Neuem ihre Stimmen nach Errichtung einer Anstalt für Epileptische und zugleich für unheilbare Irre erhebt. Mehr und mehr werden die Irrenanstalten in geradezu beängstigender Weise überfüllt durch den eisernen Bestand von Epileptischen und unheilbaren Irren. Aber ausser der an und für sich hygienisch so störenden Ueberfüllung kann dadurch auch der Heilzweck in den Kreis-Irrenanstalten viel weniger verfolgt werden und es müssen auch oft acut Erkrankte trotz des Entgegenkommens der Anstalts-Directionen auf die nothwendige Aufnahme warten.

Die Hauptsache aber bleibt immer das stets sich steigernde dringende Bedürfniss für die Unterbringung der vielen Epileptischen und es wird desshalb

der Antrag gestellt, die Aerztekammer möge sich auch heuer wieder den hier niedergelegten Anträgen und Wünschen anschliessen und den k. Commissär ersuchen, diesem Beschluss der Kammer am geeigneten Orte Ausdruck zu geben.

Die Kammer schliesst sich beiden Bitten an.

Kreismedicinalrath Dr. Martius stimmt der Sache selbst zu, gibt aber zur Kenntniss, dass die Neubauten in Erlangen im allgemeinen jetzt schon vorzugsweise für acute Fälle bestimmt sind, es also nicht sicher erscheint, ob eine besondere epileptische Station zu errichten möglich ist.

8) Es folgen die Berichte der Bezirksvereine:

Dr. Burkhardt: Bezirksverein Ansbach: 24 Mitglieder. Monatliche Versammlungen, Morbiditätsstatistik von allen Aerzten geliefert. Vorsitzender Dr. Burkhardt, Schriftführer Dr. Rüdel.

Dr. Lutz: Bezirksverein Eichstätt: 8 Mitglieder. 2 Jahressitzungen mit Vorträgen über Tuberkulin etc. Vorstand Dr. Schramm, Schriftführer Dr. Lutz.

Dr. Fritsch: Bezirksverein Erlangen: 36 Mitglieder. Während des Semesters Monatssitzungen mit Vorträgen und Demonstrationen. Vorstand Professor Dr. Eversbusch, Schriftführer Dr. Mayr.

Dr. Mayer: Bezirksverein Fürth: 20 Mitglieder. Gestorben Dr. B. Fronmüller. Eingetreten Dr. Sieber. Juni 1891 mittelfränkischer Aerztetag. Vorstand Dr. Mayer, Schriftführer Dr. Wiener.

Dr. Poeschel: Bezirksverein Nordwestliches Mittelfranken: 20 Mitglieder. 8 Versammlungen. Morbiditätsstatistik von allen durchgeführt. Vorstand Dr. Poeschel, Schriftführer Dr. Braune.

Dr. Beckh: Bezirksverein Nürnberg: 99 Mitglieder. 5 Sitzungen. Referate über das neue deutsche Arzneibuch, über die Vorlagen zum deutschen Aerztetag etc. Morbiditätsstatistik wie bisher wöchentlich. Vorstand Dr. Beckh, Schriftführer Dr. H. Koch.

Dr. Kähn: Bezirksverein Rothenburg. 11 Mitglieder. Eingetreten Dr. Wirth-Equarhofen. 3 Versammlungen. Morbiditätsstatistik allgemein. Vorstand Dr. Kähn, Schriftführer Dr. Tretzel.

Dr. Eidam: Bezirksverein Südfranken. 43 Mitglieder, 2 im Kreis Schwaben. Verzogen Dr. Kalb-Thalmässing und Dr. Dieze-Altenmuhr. Eingetreten Dr. Diem-Thalmässing, Dr. Eisenstädt-Pappenheim, Dr. Heckel-Triesdorf.

12 Versammlungen. Unter Anderem Vortrag von Dr. Graser-Erlangen über Hirnchirurgie und Schädelverletzungen.

Im Mai 25jähriges Stiftungsfest mit vielen Gästen, darunter Geheimrath von Kerschensteiner, der dem Vorsitzenden, Dr. Lochner, die Ernennung zum Medicinalrath überbrachte.

Morbiditätsstatistik allgemein durchgeführt.

Vorstand Dr. Lochner, Schriftführer Dr. Eidam.

Dr. Beckh betont das Missverhältniss zwischen der Zahl der Delegirten und der Grösse der Vereine. Die Allerh. Verordnung vom 10. August 1871 § 1 Abs. 2 gibt für Erhöhung der Delegirtenzahl keinen Raum.

Der Vorsitzende glaubt, dies sei nicht Sache der Kammer, sondern wohl der Initiative der Bezirksvereine zu überlassen.

Dem wird zugestimmt.

9) Delegirtenwahl zum Obermedicinalausschuss fällt auf Dr. Merkel, Stellvertreter Dr. Lochner.

10) Wahl der Commission für Aberkennung der ärztlichen Approbation: Dr. Merkel, Dr. Burkhardt, Dr. Eidam.

Der Vorsitzende regt an, ob nicht die jüngeren Collegen mehr zum Eintritt in den Pensionsverein veranlasst werden könnten. Die Misere, die durch das Ueberfluten des ärztlichen Standes drohe, werde in Bälde sich auch durch das Vorhandensein vieler mittelloser Wittwen und Waisen bemerklich machen.

Dr. Lochner meint, die meisten Aerzte zögen Eintritt in die Lebensversicherung vor.

Dr. Merkel hält dem entgegen, dass der Pensionsverein jeden, auch den Kranken aufnehmen.

Dr. Beckh betont die, wie es scheint, nicht genügende Leistung des Vereins, die seinem Vermögen nicht mehr entspreche.

Der Vorstand dankt dem k. Commissär für seine Theilnahme an den Verhandlungen und schliesst die Sitzung mit einem Hoch auf Se. Königliche Hoheit den Prinzregenten.

Schluss ½12 Uhr.

Dr. Merkel. Dr. Mayer.

Protokoll der Sitzung der Aerztekammer von Unterfranken.

Würzburg, den 28. October 1891.

Gegenwärtig: Als Regierungscommissär der k. Regierungs- und Kreis-Medicinalrath Dr. Schmitt. Als Delegirte der Bezirksvereine: Aschaffenburg: Dr. Fröhlich, prakt. Arzt und Spitalarzt zu Aschaffenburg; Ebern-Hassfurt: Dr. Gernand, prakt. Arzt und bezirksärztlicher Stellvertreter in Eltmann; Gmünden-Lohr: Dr. Hofmann, k. Bezirksarzt zu Hammelburg; Gerolzhofen-Volkach: Dr. A. Schmitt, k. Bezirksarzt zu Gerolzhofen; Kissingen: Dr. Dietz, k. Hofrath und prakt. Arzt zu Bad-Kissingen; Kitzingen: Dr. Lorenz, k. Bezirksarzt zu Kitzingen; Königshofen i. G.: Dr. Jäger, prakt. Arzt zu Königshofen; Miltenberg-Amorbach: Dr. Schmittberger, k. Bezirksarzt zu Miltenberg; Neustadt a. S.: Dr. Beck, k. Bezirksarzt zu Mellrichstadt; Obernburg: Dr. Blümm, prakt. Arzt zu Kleinwallstadt; Ochsenfurt: Dr. Goy, k. Bezirksarzt zu Ochsenfurt; Schweinfurt: Dr. Böhm, prakt. Arzt zu Schweinfurt;

Dr. Dehler, prakt Arzt, Dr. Roeder, k. Bezirksarzt, beide zu Würzburg; Dr. Engelhardt, k. Bezirksarzt zu Karlstadt.

Gewählt wurden:

Dr. Roeder als Vorsitzender,

Dr. Hofmann als Stellvertreter des Vorsitzenden,

Dr. Dehler als Schriftführer.

Der k. Regierungscommissär begrüsst die Delegirten Namens der k. Regierung und erwähnt, dass der Erlass der k. allerhöchsten Verordnung vom 22. Juli 1891, die Verpflichtung der Medicinalpersonen zur Anzeige ansteckender Krankheiten unter Menschen betr., einem langjährigen Wunsche der Kammer entsprochen habe und dass eine Vorlage von Seite der k. Regierung für die gegenwärtige Sitzung nicht erfolgt sei.

Der Vorsitzende gibt die Verbescheidung des k. Staatsministeriums des Innern vom 29. August 1891 auf die vorjährigen Verhandlungen der Aerztekammern bekannt.

Der auf Unterfranken bezügliche Passus lautet:

Der Antrag der Aerztekammer von Unterfranken und Aschaffenburg, sowie von Schwaben und Neuburg „es wolle in Fällen, in welchen auf Grund des § 9 der k. Allerhöchsten Verordnung vom 3. September 1879, den ärztlichen Dienst bei den Gerichts- und Verwaltungsbehörden betreffend, die Bezirks- oder Landgerichtsärzte bei Erkrankungen oder Stellenerledigung zur Stellvertretung auf längeren Zeitraum berufen werden, denselben von der dritten Woche der Stellvertretung an ein angemessenes Tagegeld bewilligt werden," kann zur Berücksichtigung im Hinblicke auf die diesbezüglichen analogen Verhältnisse bei vorübergehender gegenseitiger Stellvertretung anderer Beamten-Kategorien nicht geeignet befunden werden.

Zum 1. Punkt der Verbescheidung: Allerhöchste Verordnung vom 22. Juli 1891, die Verpflichtung der Medicinalpersonen zur Anzeige ansteckender Krankheiten unter Menschen betreffend, bemerkt Dr. Böhm, bezugnehmend auf einen schon früher ausgesprochenen Wunsch: Die den ärztlichen Stand betreffenden K. All. Erlasse und Entschliessungen sind zwar in den Amtsblättern und der Münchener Med. Wochenschrift abgedruckt; es müssen diese Blätter wohl von den amtlichen Aerzten, nicht aber von den praktischen Aerzten gehalten werden. Es wäre nun zweckmässig, von Vereinswegen einen Abdruck derartiger Verordnungen jedem Vereinsmitgliede zuzustellen.

Der Regierungscommissär erwidert: Ein College habe die Absicht geäussert, die den Stand der Aerzte berührenden Gesetze und Verordnungen zu sammeln und neu herauszugeben, auch seien die Aerzte durch Circulare von Seite der Bezirksämter bezüglich dieser Verordnung in Kenntniss gesetzt worden.

Der Vorsitzende bemerkt: Dies ist allerdings auch in der Stadt Würzburg von Seite des Stadtmagistrats geschehen; solche Circulare gelangen aber oft an die Aerzte während ihrer Sprechstunde und werden alsdann nur flüchtig überlesen. Es ist immerhin wünschenswerth, dass jeder Arzt den Wortlaut einer solchen Verordnung jederzeit leicht zur Hand hat.

Die Kammer schliesst sich dem von Dr. Böhm ausgesprochenen Wunsche einstimmig an.

Zu Punkt 2 der Verbescheidungen, Portofreiheit betreffend, werden Dr. Böhm im Auftrag des Bezirksvereins Schweinfurt sowie der Vorsitzende besondere Anträge stellen.

Bezüglich der Geschäftsordnung des geschäftsführenden Kammerausschusses und des Druckes der Protokolle werden die früheren Kammerbeschlüsse erneuert.

Der Vorsitzende bemerkt, dass ein Entwurf einer für alle bayerischen Aerztekammern gemeinsamen Geschäftsordnung sich in Vorbereitung befinde.

Gewählt werden in den Disciplinarausschuss auf Grund der k. allerh. Verordnung vom 27. December 1883: Böhm, Goy, Hofmann, Lorenz, Roeder; als Abgeordneter, welcher bis zur nächsten Aerztekammer diese beim Obermedicinalausschusse zu vertreten hat: Roeder; als Ersatzmann Böhm.

Der k. Regierungscommissär war infolge länger andauernder und ernster Erkrankung leider nicht im Stande, einen Bericht über die sanitären Verhältnisse des Kreises zu erstatten.

In Bezug auf Erhebungen über die Morbidität an Infectionskrankheiten in Bayern lagen zwei Anträge vor, der eine vom Vorsitzenden, der zweite vom Bezirksvereine Schweinfurt gestellt.

Durch hohe Ministerialentschliessung vom 5. August 1891 in dem oben bezeichneten Betreffe wurde, langjährigen Wünschen der praktischen Aerzte entsprechend, denselben Portofreiheit für die monatlich einzusendenden Zählblätter gewährt, unter der Bedingung, dass diese Zählblätter 1) an das k. statistische Bureau eingesendet werden; 2) dass dieselben in Form von offenen Karten oder offenem Umschlag zur Aufgabe gelangen und 3) dass die bezeichneten Karten auf der Adressseite die Bezeichnung „Sanitätspolizeisache" tragen,

Bisher wurden diese Zählblätter wöchentlich oder monatlich an die Bezirksärzte gesendet, wobei entweder die Porti von den Aerzten selbst getragen wurden, oder durch Vermittlung der Ortsbehörden portofreie Sendung ermöglicht werden konnte. Die Bezirksärzte schickten ihre Zusammenstellungen monatlich an den k. Obermedicinalrath im k. Staatsministerium. Auf diese Weise erhielten zunächst die amtlichen Aerzte Kenntniss über die ansteckenden Krankeiten in ihrem Bezirke und zwar auch über solche, für welche keine Anzeigepflicht besteht, auch erhielten die praktischen Aerzte hievon mehrfach Kenntniss durch Veröffentlichung in den Tagesblättern.

Werden die Zählkarten nun künftig von den praktischen Aerzten monatlich direct an das k. statistische Bureau gesendet, so fällt die Möglichkeit einer rechtzeitigen örtlichen Verwerthung hinweg, auch enthalten die ans statistische Bureau künftig einzusendenden Zählkarten keinen Aufschluss über Oertlichkeit, Tag der Erkrankung, sowie über Alter und Geschlecht, so dass die bisherigen auch nach diesen Richtungen gepflogenen Erhebungen in Zukunft nicht mehr fortgesetzt werden können.

Der Vorsitzende stellte daher folgenden Antrag:

»Die Kammer wolle an hohe k. Regierung die Bitte stellen, dieselbe möge in einem Zusatze zur Ministerialentschliessung vom 5. August 1891, Morbiditätsstatistik der Infectionskrankheiten in Bayern betr., anordnen, dass auch diejenigen Zählblätter, welche die praktischen Aerzte in diesem Betreff wöchentlich oder monatlich an die Bezirksärzte oder an die Vereinsvorstände senden, auf den bayerischen Posten unter den in angezogener Entschliessung bezeichneten Bedingungen portofreie Beförderung finden.«

Begründung: Die Berechtigung des langgehegten Wunsches der praktischen Aerzte nach Gewährung von Portofreiheit für ihre im öffentlichen Interesse erfolgenden Einsendungen ist durch die angezogene Allerhöchste Entschliessung in dankenwerthester Weise im Principe anerkannt. Durch die gestellte Bedingung, directer Einsendung an's statistische Bureau wird jedoch die vorherige lokale Verwerthung der Ergebnisse unmöglich gemacht. Bei dem grossen Interesse, das die k. Staatsregierung diesen freiwilligen Leistungen der Aerzte gegenüber bisher bewiesen hat, dürfte es ihr nicht allzuschwer werden, noch einen kleinen Schritt in der angedeuteten Weise weiter zu gehen, insbesondere, da ja durch die vorgeschriebene Art der Beförderung in Form von Karten oder offenen mit bezirksärztlichem Stempel versehenen Briefumschlägen jeder Missbrauch der zu gewährenden Begünstigung als ausgeschlossen erscheint.

Dr. Böhm stellt im Auftrag des Bezirksvereins Schweinfurt den Antrag,

»die Kammer wolle beschliessen, innerhalb der Vereine einstweilen noch den bisherigen Modus der Einsendung der Zählblätter an die Bezirksärzte beizubehalten und vorläufig noch auf die bei directer Einsendung ans statistische Bureau gewährte Portofreiheit zu verzichten.«

Begründung: Bei directer Einsendung an's statistische Bureau seitens der praktischen Aerzte würden die Amtsärzte über die epidemiologischen Vorgänge ihres Bezirkes ohne Kenntniss bleiben und gleichzeitig würden auch die seit Jahren gepflogenen Erhebungen über Oertlichkeit, Zeit der Erkrankungen, sowie über Alter und Geschlecht eine Unterbrechung erleiden. (Die an das statistische Bureau gehenden Formulare enthalten nur die Summen der beobachteten Erkrankungen.)

Auch die inzwischen kundgegebene anerkennenswerthe Bereitwilligkeit des statistischen Bureaus, jedem Bezirksarzte monatlich eine Zusammenstellung der von den einzelnen Aerzten ihres Bezirkes eingehenden Ergebnisse übermitteln zu lassen, würde bei ausserordentlicher Belastung dieses Amtes doch nicht den Bedürfnissen der Amtsärzte entsprechen; sofortige Kenntniss epidemischer Erkrankungen, auch solcher, die nicht angezeigt werden müssen, ist nothwendig, um eventuell Schulschliessungen oder sonstige Massregeln anordnen zu können; ausserdem können auch die Erhebungen über Alter und Geschlecht, Zeit und Oertlichkeit der Erkrankungen nicht entbehrt werden.

Nach längerer Discussion, an welcher sich der Regierungscommissär, sowie Dr. Böhm, Dietz, Lorenz, Schmittberger und der Vorsitzende betheiligten, nahm die Kammer die beiden Anträge einstimmig an.

Dr. Böhm stellt Namens des Bezirksvereins Schweinfurt folgenden Antrag:

»Die Aerztekammer von Unterfranken möge dem k. Staatsministerium die Bitte unterbreiten, es möge gestatten, dass die Fachzeitschriften der einzelnen ärztlichen Bezirksvereine gegen Entrichten einer Aversalvergütung durch die Post befördert würden.«

Motive: Die Fachzeitschriften officieller Lesevereine werden schon länger gegen eine Aversalvergütung durch die Post vermittelt. So ist den Mitgliedern der protestantischen Dekanate, welche auf Grund behördlicher Anordnung Lesevereine gegründet haben, von Seite des k. Staatsministeriums des k. Hauses und des Aeussern gegen eine für jeden Bezirk zu entrichtende jährliche Aversalvergütung von 10 Mark der Austausch von Fachzeitschriften durch die Post gestattet worden.

Nun lautet der § 13 der k. allerhöchsten Verordnung vom 10. Aug. 1871, die Bildung von Aerztekammern und ärztlichen Bezirksvereinen betr., wie folgt: Der Zweck der ärztlichen Bezirksvereine besteht in Förderung des wissenschaftlichen Strebens bei den Mitgliedern durch ... Errichtung von Lesezirkeln, Bibliotheken.

Der ärztliche Bezirksverein Schweinfurt stellte nun in obigem Sinne eine Bitte an das k. Oberpostamt Würzburg; dieselbe wurde von Seite der Direction der k. b. Posten abgewiesen, da den Aerzten freigestellt sei, sich ärztlichen Bezirksvereinen anzuschliessen oder nicht, und in Folge dessen diese Lesevereine nicht als officielle Lesevereine zu betrachten seien.

Dem gegenüber ist der ärztliche Bezirksverein der Ansicht, dass es von hohem öffentlichen Interesse ist, wenn sich die Mitglieder der officiell anerkannten ärztlichen Bezirksvereine durch Fachzeitschriften weiterbilden und über den Fortschritt der medicinischen Wissenschaft auf dem Laufenden erhalten. Dieses kann jedoch nur dann ergiebig geschehen, wenn durch Abminderung der durch die Circulation entstehenden Porti's eine grössere Zahl von Zeitschriften den Mitgliedern zugänglich gemacht werden kann.

Der Vorsitzende weist darauf hin, dass auch die Druckschriften der landwirthschaftlichen Vereine gegen eine Aversalsumme Beförderung finden.

Dr. Böhm bemerkt noch, dass der Schwerpunkt nicht auf finanziellem Gebiete liege, sondern dass der Vortheil und die Erleichterung für die ärztlichen Vereine hauptsächlich in dem ausserordentlich einfachen Modus der Beförderung beruhe, dessen sich derartige gegen Aversum beförderte Sendungen seitens der Postbehörde zu erfreuen haben.

Die Kammer nahm den gestellten Antrag einstimmig an.

Dr. Dehler stellt den Antrag:

»Die Kammer wolle an die k. Staatsregierung die Bitte richten, dieselbe möge Ausgaben für Delegation der Vertreter der Aerztekammern zu den Sitzungen des erweiterten Obermedicinalausschusses auf Staatskosten übernehmen.«

Begründung: Den Mitgliedern der Bezirksvereine erwachsen alljährlich für Delegirung zur Aerztekammer, zum Aerztetag, für Drucksachen, insbesondere Formularien und Tabellen für die Morbiditätsstatistik der Infectionskrankheiten, Porti, Druck der Protokolle etc. nicht unbedeutende Ausgaben. Nachdem nun die Thätigkeit des Obermedicinalausschusses weit weniger den ärztlichen Standesinteressen als vielmehr der Förderung sanitärer Interessen des ganzen Landes erfahrungsgemäss gewidmet ist, erscheint es nicht unbillig, dass auch die Kosten der Delegirung von Kammermitgliedern zu dessen Sitzungen auf öffentliche Mittel übernommen werden.

Dr. Böhm meint, man solle an der Freiwilligkeit der ärztlichen Vereinsthätigkeit vor allem festhalten.

Der Regierungscommissär betont, dass nach § 9 der allerhöchsten k. Verordnung vom 10. Aug. 1871, die Bildung der Aerztekammern u. s. w. betr., die betreffenden Kosten von den Mitgliedern der Bezirksvereine zu erheben seien.

Die Kammer, welche unbeschadet der Freiwilligkeit des ärztlichen Vereinswesens es nicht für unbillig erachtet, dass der Staat wenigstens einen Theil der im öffentlichen Interesse erwachsenden Kosten übernimmt, stimmt dem gestellten Antrag einstimmig zu.

Der Vorsitzende unterbreitet der Kammer einen Antrag, der vom ärztlichen Bezirksvereine für Südfranken an die mittelfränkische Aerztekammer gestellt werden wird, dahin gehend:

»die Kammer möge beschliessen, es sei an die k. Staatsregierung K. d. I. die unterthänigste Bitte zu richten, dass eine hohe k. Staatsregierung, ähnlich wie die badische Regierung in dem Ministerialerlass vom 18. März 1890, dem Verhältnisse der Aerzte zu den Krankenkassen näher treten und die letzteren durch die Bezirksämter darauf hinweisen lassen möchte, dass in ihrem Interesse liege, Fühlung mit den Aerzten durch Vermittlung der bestehenden ärztlichen Standesvertretungen (Bezirksvereine) zu suchen.«

Begründung: Sowohl um unwürdige Unterbietungen bei Uebernahme von Kassenarztstellen hintanzuhalten, als um die von allen Seiten angestrebte Honorirung der Einzelleistung und freie Arztwahl zu erreichen, erscheint eine durch die Bezirksvereine vermittelte Verständigung der Aerzte und der Kassenvorstände als das geeignetste Mittel.

Der Vorsitzende führt aus, dass auch der Aerztetag in Weimar sich genau in diesem Sinne ausgesprochen habe.

Die Kammer macht diesen Antrag einstimmig auch zu dem ihrigen.

Der Vorsitzende gibt eine Zuschrift bekannt, welche von dem geschäftsführenden Ausschusse des Verbandes der deutschen Berufsgenossenschaften in Berlin an die Vorstandschaft der unterfränkischen Aerztekammer gerichtet wurde in Bezug auf Beschaffung ärztlicher Obergutachten bezw. Bildung von Sachverständigencollegien.

Die Anfrage, ob ein derartiges Sachverständigen-Collegium in der unterfränkischen Aerztekammer bereits bestehe, ist zu verneinen, dagegen würde es sich nach seiner Meinung empfehlen, die Bereitwilligkeit der Kammer zur Bildung eines solchen auszusprechen; demselben würde die Aufgabe zufallen, auf Ansuchen der Berufsgenossenschaften hinsichtlich der Unfallverletzten ärztliche Obergutachten zu geben, beziehungsweise die Verletzten zu diesem Zwecke eventuell einer klinischen Beobachtung zu unterziehen.

Der Vorsitzende spricht sich dahin aus, dass diese Erweiterung der Wirksamkeit und der Befugnisse der Kammer nur geeignet sei, das Ansehen der Vertretungen der praktischen Aerzte zu fördern. Für heute würde es genügen, die Bereitwilligkeit der Kammer zur Bildung eines solchen Collegiums auszusprechen, während das Weitere, insbesondere auch Bestimmung darüber, ob die Mitglieder des Collegiums in jedem einzelnen Falle von der Kammer, eventuell deren Ausschusse, ernannt werden sollen, wie dies die Brandenburgische Kammer (Vereinsblatt Oct. 91 S. 397) festzustellen beabsichtigt, wohl dem geschäftsführendem Ausschusse der Kammer zu überlassen wäre.

Die Kammer erklärt sich einstimmig hiermit einverstanden.

Die Berichterstattungen der Delegirten über die Vereinsthätigkeit liessen ersehen, dass der Stand der Vereine noch ein ebenso günstiger wie im Vorjahre ist (195 Mitglieder gegen 194) und dass sich somit 75 Proc. aller unterfränkischen Aerzte am Vereinsleben betheiligen.

Der Vorsitzende dankte dem Regierungscommissär für die Förderung, deren sich die Verhandlung durch dessen lebhafte Betheiligung zu erfreuen hatte, und schloss nach $1^1/_2$ stündiger Dauer die Sitzung.

Der Vorsitzende:	Der Schriftführer:
Dr. Roeder.	Dr. Dehler.

Protokoll der Sitzung der Aerztekammer von Schwaben und Neuburg.

Augsburg, den 28. October 1891.

Anwesend: Herr k. Landgerichtsarzt Dr. Lutz als k. Regierungs-Commissär. Als Delegirte: Bezirksverein Lindau: k. Bezirksarzt Dr. Volk-Lindau; Bezirksverein Algäu: prakt. Arzt Dr. Echteler-Kaufbeuren; Bezirksverein Memmingen: k. Bezirksarzt Dr. Holler-Memmingen; Bezirksverein Günzburg: prakt. Arzt Dr. Kieningers-Burgau; Bezirksverein Dillingen: k. Bezirksarzt Dr. Fleischmann-Dillingen; Bezirksverein Nordschwaben: k. Bezirksarzt Dr. Lauber-Neuburg a. D.; Bezirksverein Augsburg: prakt. Arzt Dr. Miehr-Augsburg und prakt. Arzt Hofrath Dr. Schauber-Augsburg.

Der k. Regierungscommissär begrüsst die Kammer Namens der k. Kreisregierung. In seiner Anrede widmet er dem verstorbenen Herrn Medicinalrath Dr. Bauer einen ehrenvollen Nachruf. (Zum ehrenden Andenken desselben erhebt sich die Kammer von ihren Sitzen.) Die Verleihung des Titels eines k. Medicinalrathes an Herrn Landgerichtsarzt Dr. Huber in Memmingen erwähnt derselbe als einer wohlverdienten Ehrung, welche sicher in weiten ärztlichen Kreisen mit Freude begrüsst worden sei.

Der Alterspräsident Dr. Fleischmann nimmt die Bureauwahl vor. Dieselbe ergibt:

Dr. Schauber als Vorsitzender, Dr. Miehr als Schriftführer, Dr. Fleischmann und Dr. Echteler als deren Stellvertreter.

Der Vorsitzende dankt dem Herrn Regierungscommissär für die Begrüssung der Kammer und spricht das Bedauern darüber aus, dass der in der vorjährigen Sitzung ausgedrückte Wunsch nach völliger und dauernder Wiedergenesung des Herrn Kreismedicinalraths Dr. Kuby insofern nicht in Erfüllung gegangen sei, als sich derselbe neuerdings genöthigt gesehen habe,

einen mehrmonatlichen Urlaub anzutreten. Es gezieme sich für die schwäbische Aerztekammer, ihren besten Wünschen und ihrer Hochachtung für den Chef des Medicinalwesens in Schwaben und Neuburg durch Erheben von den Sitzen Ausdruck zu verleihen. (Geschieht.)

Referat des geschäftsführenden Ausschusses:

Der Vorsitzende gibt bekannt, dass die Abrechnung der 5. schwäbischen Aerzteversammlung einen Activrest von 33 M. ergeben habe, welcher einstweilen in der Kasse der Aerztekammer deponirt wurde, um bei der 6., ebenfalls in Augsburg stattfindenden Kreisversammlung seine Verwendung zu finden.

Der Kassenbericht ergibt folgendes Resultat:

Einnahmen und Activrest vom vorigen Jahre	741,98 M.
Ausgaben	302,11 „
Activrest	439,87 M.

Die Rechnung wurde von den Herren Dr. Fleischmann und Dr. Holler revidirt, der Kassabestand in Ordnung befunden; daher Genehmigung erfolgt.

Es wird beschlossen, dass die Delegirten zum Obermedicinalausschusse und zum deutschen Aerztetage ausser der Entschädigung für die Eisenbahnfahrt II. Classe und für sonstige aus der Vertretung der Vereine direct entstehenden Ausgaben eine Tagesdiät von 10 M. erhalten sollen.

Die Anzahl der Mitglieder des ärztlichen Invalidenunterstützungsvereins hat sich im Jahre 1890 in unserem Regierungsbezirke von 156 auf 173, die Summe der jährlichen Beiträge von 883 auf 1042 M. erhöht. Letztere werden im Jahre 1892 durch die Erhöhung der Beiträge seitens des Bezirksvereins Memmingen eine weitere Steigerung erfahren.

Berichterstattung der Delegirten über ihre Vereine.

Diese Berichte über Anzahl der Sitzungen, Personalveränderungen, über die wissenschaftlichen Vorträge und Verhandlungen werden schriftlich eingereicht.

Die Anzahl der Mitglieder beträgt im Bezirksverein Dillingen 11, Nordschwaben 22, Memmingen 22, Lindau 13, Algäu 37, Günzburg 9, Augsburg 39, in sämmtlichen Vereinen somit 153 (gegen 157 im Vorjahre).

Mittheilung des Einlaufs.

Die Entschliessung des k. b. Staatsministeriums des Innern vom 29. August 1891, die Verhandlungen der Aerztekammern im Jahre 1890 betr., wird bekannt gegeben.

Der Vorsitzende theilt die Entschliessung des k. Staatsministeriums des Innern an die k. Bezirksärzte vom 5. August 1891, die Morbiditätsstatistik der Infectionskrankheiten in Bayern betr., mit.

Die Kammer beschliesst nach längerer Discussion nach dem Vorschlage der anfangs September versammelten Commission für Morbiditätsstatistik im Regierungsbezirke Schwaben und Neuburg, die Mitglieder der ärztlichen Bezirksvereine aufzufordern, sich wie bisher an der Erhebung der Morbiditätsstatistik der Infectionskrankheiten zu betheiligen und sich hierbei der vom k. Staatsministerium des Innern mittelst Verfügung an die k. Bezirksärzte vom 5. August 1891 angeordneten und an das statistische Bureau einzusendenden Zählkarten zu bedienen.

Bei dieser neuen Methode der statistischen Erhebung fällt ein wichtiger Vortheil der bisherigen Methode weg, welcher hauptsächlich dazu beigetragen hat, das Interesse an der Morbiditätsstatistik rege zu halten, nämlich die statistische Zusammenstellung nach Bezirksämtern am Sitze der k. Kreisregierung und die sofortige Mittheilung des gewonnenen Resultates an die Bezirksärzte zum Zwecke rascher Benachrichtigung von dem Auftreten der Infectionskrankheiten im Bezirke der Berichterstatter.

Aus diesem Grunde spricht die Kammer die gehorsamste Bitte aus, das k. Staatsministerium des Innern möge in Erwägung ziehen, ob nicht in irgend einer Weise bei der neuen Methode der statistischen Erhebung ein Ersatz für den unleugbaren Vortheil, welchen die bisherige Methode geboten hat, gewährt werden könne.

Die Betheiligung der schwäbischen Aerzte an der neuen Art der statistischen Erhebung beginnt mit dem Oktober 1891.

Die neue Verordnung über Anzeigepflicht ansteckender Krankheiten unter den Menschen (Ges. u. V. Blatt 1891 Nr. 27 pag. 229 und Amtsblatt des k. Staatsministeriums d. I. 1891 Nr. 28 pag. 263) gibt Veranlassung zu folgendem Beschlusse:

Im Interesse einer gleichförmigen, für die Statistik leicht verwendbaren Form der von den Aerzten zu erstattenden Anzeigen stellt die schwäbische Aerztekammer an das k. Staatsministerium des Innern die gehorsamste Bitte, dasselbe möge den Obermedicinalausschuss beauftragen, eine geeignete Formulirung der Anzeigen vorzuschlagen.

Der Vorsitzende theilt eine Zusendung des Herrn Medicinalraths Dr. Aub in München mit, laut welcher derselbe sich die Mühe gegeben hat, die verschiedenen Geschäftsordnungen der 8 Aerztekammern einer prüfenden Kritik zu unterziehen. Die Bemerkungen, welche Herr Medicinalrath Dr. Aub an die Geschäftsordnung der schwäbischen Aerztekammer knüpft, werden verlesen und besprochen.

Die Discussion führt zu folgendem Beschlusse:

Die schwäbische Aerztekammer hält die Verbesserungsvorschläge zu ihrer bisherigen Geschäftsordnung für zutreffend und erklärt sich bereit, einer Geschäftsordnung für sämmtliche bayerische Aerztekammern, deren Entwurf von den Delegirten der Aerztekammern zum Obermedicinalausschusse vorberathen würde, ihre Zustimmung zu ertheilen.

Der geschäftsführende Ausschuss des Verbandes der deutschen Berufsgenossenschaften hat mittelst Anschreibens vom 15. Juli 1891 wegen Bildung von Sachverständigencollegien um Mittheilung darüber ersucht, ob die Kammer bereit sein würde, ein solches Collegium zu bilden, um auf Ansuchen der Berufsgenossenschaften hinsichtlich deren Unfallverletzten ärztliche Obergutachten abzugeben bezw. die Verletzten zu diesem Zwecke eventuell einer klinischen Beobachtung zu unterziehen. Nach längerer Discussion wird folgender Beschluss gefasst:

Die schwäbische Aerztekammer erklärt sich bereit, dem seitens des Verbandes der deutschen Berufsgenossenschaften gestellten Ansuchen durch Bildung eines aus 5 Mitgliedern bestehenden Collegiums näher zu treten. Dieses Collegium soll aus den 3 Mitgliedern des geschäftsführenden Ausschusses der Aerztekammer (der Vorsitzende der Kammer und 2 Vorstandsmitglieder des Bezirksvereines, dem der Vorsitzende angehört), ferner aus 2 Mitgliedern des ständigen, von der k. Staatsregierung ernannten Medicinalausschusses bestehen. Die Aufgabe dieses Collegiums soll darin bestehen: 1) für jeden speciellen Fall aus der Reihe der praktischen Aerzte, welche diesbezüglich ihre Bereitwilligkeit erklärt haben, ein aus 3 Mitgliedern bestehendes Sachverständigencollegium zu bilden, welches nach der bisherigen ärztlichen Thätigkeit und speciellen Ausbildung der Mitglieder als zur Erstattung eines Obergutachtens in dem betreffenden Falle in hervorragender Weise geeignet erscheint, 2) ein öffentliches oder Privatkrankenhaus zu bezeichnen, in welchem die klinische Beobachtung des Unfallverletzten am zweckmässigsten erfolgen kann.

Hiebei wird allerdings vorausgesetzt, dass dieses Sachverständigencollegium — seltene, besonders complicirte Fälle ausgenommen — in ärztlicher Hinsicht von den Berufsgenossenschaften als letzte Instanz betrachtet werde und dass, soweit bei der Erstattung von Obergutachten Aerzte des Regierungsbezirkes Schwaben und Neuburg in Thätigkeit zu treten haben, der Verkehr der deutschen Berufsgenossenschaften mit diesen Aerzten lediglich durch das von der schwäbischen Aerztekammer eingesetzte Collegium zu geschehen habe.

Ueber die beiden letzterwähnten Punkte soll eine Aeusserung des geschäftsführenden Ausschusses des Verbandes der deutschen Berufsgenossenschaften erbeten werden.

Der Vorsitzende theilt einen Antrag mit, welchen Herr Dr. M. Vogel in Eisleben in der Aerztekammer der Provinz Sachsen gestellt hat: »Dieselbe wolle ihren Vorstand beauftragen, in Gemeinschaft mit den übrigen Aerztekammern dahin zu wirken, dass für das Reichsversicherungsamt, die Schiedsgerichte, die Berufsgenossenschaften und deren Sectionen, sowie für die zu bildenden Bezirke von Krankenkassen ständige stimmberechtigte Vertrauensärzte aufgestellt werden.«

Die Kammer stellt die Zweckmässigkeit dieses Antrages durchaus nicht in Abrede, enthält sich aber eines zustimmenden Beschlusses, weil voraussichtlich der deutsche Aerztetag sich mit dieser wichtigen und einschneidenden Frage befassen werde, die Beschlüsse einzelner Aerztekammern aber ohne Bedeutung sein werden.

Anträge der ärztlichen Bezirksvereine.

Der Bezirksverein Augsburg hat in der vorjährigen Sitzung der Aerztekammer behufs Besprechung in den Bezirksvereinen die Frage aufgestellt:

»Bei welchen ansteckenden Krankheiten und unter welchen Voraussetzungen soll die zeitweise Schliessung der Schulen amtlich angeordnet werden?«

Der Bezirksverein Augsburg (Referenten Herr Landgerichtsarzt Dr. Lutz und prakt. Arzt Herr Dr. Lindemann) und der Bezirksverein Nordschwaben (Referent Herr Bezirksarzt Dr. Gattermann) haben eine schriftliche Beantwortung dieser Frage übergeben und durch ihre Delegirten zum Vortrage gebracht. Nach längerer Discussion beschliesst die Kammer:

Die Anträge der Bezirksvereine Augsburg und Nordschwaben sind der k. Regierung von Schwaben und Neuburg in Vorlage zu bringen mit der gehorsamsten Bitte, dieselbe möge diese Anträge dem k. Staatsministerium des Innern zur Würdigung empfehlen und begutachten.

Um das Interesse für die vorliegende Frage in weiteren Kreisen der bayerischen Collegen zu verbreiten, ist die Veröffentlichung der beiden Referate im Sitzungsprotokolle anzustreben und sind eventuell, da durch die Aufnahme der Umfang des Protokolls erheblich vermehrt wird, für diese Vermehrung die erlaufenen Druckkosten aus der Kasse der Aerztekammer zu ersetzen.

Der Antrag des Bezirksvereins Augsburg (Lutz-Lindemann) lautet:

»Der geschäftsleitende Ausschuss der Aerztekammer möge die Bezirksvereine des Kreises veranlassen, die Frage: »Bei welchen ansteckenden Krankheiten und unter welchen Voraussetzungen soll die zeitweise Schliessung der Schulen amtlich angeordnet werden?« zum Gegenstande ihrer Untersuchungen und Erörterungen zu machen, darüber im nächsten Jahre der Aerztekammer Bericht zu erstatten und etwaige Vorschläge zu unterbreiten.«

Begründet wird der Antrag 1) durch die Wichtigkeit der Massregel des Schulschlusses; 2) durch den Mangel genauer Bestimmungen in der bayerischen Medicinalgesetzgebung. Dass die Schule bei der Weiterverbreitung ansteckender Krankheiten, insbesondere derjenigen, welche vorzugsweise Kinder im schulpflichtigen Alter befallen, eine grosse Rolle spielt, lässt sich nicht bestreiten; ebensowenig, dass der Staat bei dem bestehenden Schulzwange die Verpflichtung hat, die mit dem Schulbesuch verbundenen Gefahren für die Gesundheit der die Schule besuchenden Kinder durch zweckmässige Massregeln möglichst zu beseitigen.

Da dabei jedoch verschiedene Massregeln in Betracht kommen, so dürfte es sich empfehlen, die vom Bezirksverein Augsburg vorgeschlagene Untersuchung nicht auf die Massregeln des von Amtswegen anzuordnenden Schulschlusses zu beschränken, sondern auf die Massregeln, welche gegen die Weiterverbreitung ansteckender Krankheiten durch die Schule überhaupt gerichtet werden sollen, auszudehnen. Sehen wir uns zunächst um, welche Verordnungen in den einzelnen deutschen Staaten zur Erreichung des genannten Zweckes erlassen worden sind, so finden wir, dass fast alle dieser Frage näher getreten sind und dieselbe durch mehr oder minder eingehende Vorschriften zu regeln gesucht haben. So lassen sich anführen: Die grossherzogl. sächs. Ministerialverfügung vom 4. Juni 1882; der herzoglich Anhaltische Regierungserlass vom 15. October 1882; die Verordnung des herzogl sächsischen Landrathsamtes Coburg vom 9. November 1882; der Erlass des k. preuss. Ministeriums vom 14. Juli 1884; der Erlass des grossherzogl. Hess. Ministeriums vom 18. März 1884; der Erlass der k. Regierung zu Arnsberg am 22. August 1884; der Erlass des herzogl. sächs. Coburg-Gothaischen Ministeriums vom 28. Jan. und 11. Febr. 1885; der Erlass des k. sächs. Ministeriums vom 13. und 30. Juni 1885; der Erlass des grossherzogl. Badischen Ministeriums vom 2. Aug. 1884; der Erlass des Staatssecretärs von Elsass-Lothringen am 29. Aug. 1884; die Verfügung des k. Polizeipräsidiums der Stadt Frankfurt a. M. vom 15. Jan. 1890; der Erlass der k. Regierung zu Merseburg vom 27. Juni 1888. In allen diesen Erlassen und Verfügungen sind zum Theil allgemeine Gesichtspunkte, zum Theil specielle Massregeln, nach welchen gegen die Verbreitung ansteckender Krankheiten durch die Schule vorgegangen werden soll, gegeben. In der bayerischen Medicinalgesetzgebung finden sich folgende diese Frage berührenden Bestimmungen: Eine Ministerial-Entschliessung vom 15. Februar 1844 sagt: „Kein Kind, welches eine ansteckende Krankheit gehabt hat, darf früher in die Schule wieder zugelassen werden, bis nicht der betreffende Arzt in einem bei Eidespflicht auszustellendem und dem Lehrer vorzuzeigenden Zeugnisse erklärt, dass des Kindes Aufnahme in die Schule ohne Gefahr der Ansteckung geschehen könne.“ Eine Ministerial-Entschliessung vom 16. Januar 1867, die Gesundheitspflege in der Schule betreffend, sagt Absatz 5: „Bei dem Ausbruche von Epidemien, insbesondere von ansteckenden Kinderkrankheiten, kann die Districtspolizeibehörde eine zeitweise Schliessung der Schulen oder nach Umständen eine Beschränkung und Verlegung der Unterrichtsstunden eintreten lassen. Hierbei wird die Bestimmung der Ministerialentschliessung vom 15. Februar 1844 in Erinnerung gebracht. Wenn Krankheiten auftreten, zu deren Entstehung Erkältung einen mitwirkenden Factor bildet, kann in der kälteren Jahreszeit eine allgem. Dispensirung der Schüler von dem Besuche des Frühgottesdienstes an Werktagen als zeitweise Massregel verfügt werden.“ Ein Ministerialerlass vom 6. Aug., Massregeln gegen die Verbreitung der asiatischen Cholera betreffend, sagt A, Ziff. 1: Wegen zeitlicher Einstellung des Schulbesuches in Orten, in welchen die Cholera aufgetreten ist, wird gegebenen Falles das k. Staatsministerium des Inneren für Kirchen- und Schulangelegenheiten die erforderlichen Anordnungen treffen. Keinesfalls dürfen Kinder aus cholerafreien Orten zur Schule an einem Orte zugelassen werden, in welchem die Cholera herrscht. Das ist Alles, was die bayerische Medicinalgesetzgebung über die wichtige Frage der Verhütung der Weiterverbreitung ansteckender Krankheiten durch die Schule enthält; dazu kommt nun noch eine für den Regierungsbezirk Oberpfalz erlassene Entschliessung der Regierung dieses Kreises vom 21. und 24. Dezember 1884, welche genaue Verhaltungsmassregeln für verschiedene ansteckende Krankheiten, namentlich Masern, Scharlach und Diphtherie, vorschreibt. Es bleibt also für das übrige Bayern ganz dem subjectiven Ermessen der einzelnen Districtspolizei- und Schulbehörden und der ihnen zur Seite stehenden Sachverständigen überlassen, ob und welche Massregeln sie gegen auftretende ansteckende Krankheiten ergreifen wollen oder nicht. Dass dabei von den einzelnen Behörden und Unterbehörden verschiedene und nicht selten sich kreuzende Wege betreten werden, dass häufig die von den einzelnen Unterbehörden ergriffenen Massregeln unter sich oder mit den von den oberen Behörden in die Praxis eingeführten Anschauungen im Widerspruche liegen, ist die nothwendige Folge des Mangels an zur Richtschnur dienenden Anhaltspunkten; es möge dabei nur daran erinnert werden, dass bei der im Winter 1889—1890 auftretenden Influenzaepidemie Niemand wusste, woran er sich halten sollte, und desshalb von den Sachverständigen an mehreren Orten Schliessung der Schulen angerathen wurde, die am nächsten Tage von der oberen Behörde wieder aufgehoben wurde. Dass diese bei den einzelnen Sachverständigen bestehende Unsicherheit über den einzuschlagenden Weg auf die in dieser Frage ebenfalls stimmberechtigten Laien, Verwaltungsbeamte, Schulinspectoren etc., sowie auch auf das grosse Laienpublicum den Eindruck der Unzuverlässigkeit amtsärztlicher Anordnungen macht, und desshalb auch das Ansehen solcher Anordnungen und das ihnen entgegenzubringende Vertrauen schädigt, ist selbstverständlich und geht auch aus einer über die Frage des Schulschlusses bei ansteckenden Kinderkrankheiten in der Sitzung der bayerischen Abgeordnetenkammer am 11. Dezember 1889 entstandenen Debatte zur Genüge hervor. In dieser Debatte wurden von verschiedenen Seiten die Widersprüche der in den einzelnen Regierungsbezirken des Königreichs Bayern bei Kinderepidemien angeordneten Massregeln beklagt und die möglichst strenge Befolgung der bestehenden polizeilichen Vorschriften seitens der Bezirksärzte gewünscht. Es ist auch sehr erklärlich, dass bei der Concurrenz, welche bei den anzuordnenden Massnahmen des zeitweisen Schulschlusses zwischen dem pädagogischen und hygienischen Interesse besteht, sich der absolute Mangel an Directiven, nach welchen sich die zur Begutachtung berufenen Sachverständigen richten können, sehr schwer fühlbar macht, und die Verantwortung für die Sachverständigen, für die Bezirksärzte, welche in der Entscheidung über eine so wichtige Massregel ganz auf ihr subjectives Ermessen angewiesen sind, ist zu gross, zu schwer zu tragen. Wenn nun auch keine Schablone aufgestellt werden kann, nach welcher diese Fragen behandelt werden sollen, so dürfte doch der Versuch gerechtfertigt sein, wenigstens die Gesichtspunkte aufzusuchen und festzustellen, nach welchen die Weiterverbreitung ansteckender Krankheiten durch die Schule zweckmässig und nach einem bestimmten, allen dazu berufenen Behörden gleichmässig vorschwebenden Plane bekämpft werden kann. Es haben sich mit dieser Frage schon gewichtige ärztliche Autoritäten beschäftigt und insbesondere wurde dieselbe auf der Versammlung des deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege zu Freiburg i. B. im Jahre 1885 eingehend erörtert. Unter Bezugnahme auf das ausführliche Referat, welches der von dieser Versammlung aufgestellte Referent, Medicinalrath Dr. Arnsperger in Karlsruhe erstattet hat (d. W. 1885, p. 483), und auf die in den einzelnen deutschen Staaten und Regierungsbezirken schon bestehenden Anordnungen glaubt der ärztliche Bezirksverein folgende Thesen aufstellen zu müssen.

1) Die an ansteckenden Krankheiten leidenden Schüler sind bis zu ihrer vollständigen Genesung von der Schule auszuschliessen. Als Krankheiten, welche die Ausschliessung der Kinder von der Schule

unbedingt erfordern, sind abgesehen von Blattern und asiatischer Cholera, welche, da für sie ganz bestimmte Verordnungen bestehen, hier nicht berücksichtigt werden, folgende anzuführen: Masern, Scharlach, Keuchhusten, Diphtherie, Typhus abdominalis, Meningitis cerebrospinalis, Influenza, Gesichtsrose, Tuberculose, Syphilis, trachomatöse Augenentzündung, Scabies. Da die eigentlich contagiösen Krankheiten, insbesondere die acuten Exantheme, der Keuchhusten und die Diphtherie schon in ihrem Prodomal- und Anfangsstadium die Gefahr der Ansteckung in hohem Grade in sich tragen, ist es wichtig, dass die Lehrer die den Laien erkennbaren Erscheinungen dieser Anfangsstadien kennen und Kinder, die ihnen den Verdacht erregen, von einer der genannten Krankheiten ergriffen zu sein, sofort aus der Schule fortschicken; zu eingehenderen Untersuchungen der Kinder, wie Inspection der Rachenhöhle etc., können und sollen jedoch die Lehrer nicht veranlasst werden. Was die Zeitdauer, für welche die erkrankten Kinder von der Schule ferngehalten werden sollen, betrifft, so soll dieselbe so lange bemessen werden, als die erkrankten Kinder ihren Mitschülern die Gefahr der Ansteckung noch bringen können. Um diesen Zeitpunkt zu bestimmen, soll für gewöhnlich ein Zeugniss des behandelnden Arztes vorgelegt werden. Da aber in manchen Fällen, wenn nämlich die erkrankten Kinder gar nicht in ärztlicher Behandlung stehen, ein solches Zeugniss nicht beigebracht werden kann, so empfiehlt es sich, insbesondere für die leicht zu epidemischem Auftreten führenden Kinderkrankheiten, bestimmte Termine aufzustellen, nach deren Ablauf erfahrungsgemäss die weitere Ansteckungsgefahr erloschen ist. Als solche Termine dürften sich für Masern die Zeitdauer von 3 Wochen, für Scharlach von 6 Wochen, für Diphtherie von 14 Tagen empfehlen. Für den Keuchhusten lässt sich ein bestimmter Termin nicht aufstellen; doch kann angenommen werden, dass die Ansteckungsfähigkeit dieser Krankheit dann erlischt, wenn die Hustenanfälle den auch Laien leicht erkennbaren krampfhaften Charakter verlieren. Jedenfalls soll darauf gedrungen werden, dass wenn ein früherer Wiedereintritt des Kindes in die Schule stattfinden soll, was bei sehr leicht auftretenden Fällen wohl manchmal ohne Risico gestattet werden kann, die vollständige Genesung und Immunität des betreffenden Kindes durch ein ärztliches Zeugniss nachgewiesen wird. Dem Wiedereintritt genesener Kinder muss jedesmal eine gründliche Reinigung vorhergehen.

2) Die an irgend einer ansteckenden Kinderkrankheit erkrankten Kinder dürfen selbstverständlich von ihren gesunden Mitschülern oder deren Angehörigen nicht besucht werden; ebensowenig dürfen die Leichen von an solchen Krankheiten Verstorbenen von gesundenen Kindern besichtigt werden und zu den Leichenbegängnissen die gesunden Mitschüler zugelassen werden.

3) Die gesunden mit an ansteckenden Krankheiten leidenden Kindern in Wohnungsgemeinschaft lebenden Schüler sollen ebenfalls vom Schulbesuche ferngehalten werden, wenn sie nicht in ihrer Wohnung von Anfang an vollständig von den erkrankten Kindern abgesondert werden können. Diese Massregel dürfte wenigstens für die gefährlicheren Kinderkrankheiten, Scharlach und Diphtherie, von Wichtigkeit sein. Wenn auch die von dem Chef des bayerischen Medicinalwesens, Herrn Geheimrath Dr. von Kerschensteiner, im Jahre 1881 aufgestellte These: „Blattern, Masern und Scharlach sind durch dritte Personen, die selbst gesund bleiben, nicht übertragbar“ als richtig angenommen wird, so gibt es doch kein Criterium, welches uns sagt, wann ein Kind, welches zu Hause mit scharlach- oder diphtheriekranken Geschwistern verkehrt, selbst die Ansteckung in sich aufgenommen hat, in das Incubationsstadium der Krankheit eintritt und nun anfängt, für seine Mitschüler ansteckend zu werden; ausserdem gibt auch Geheimrath Dr. von Kerschensteiner die Möglichkeit einer unmittelbaren Ansteckung durch gesundbleibende Kinder zu, wenn sie, wie dies namentlich bei den in engen Wohnräumen und ungünstigen Verhältnissen zusammenlebenden Leuten häufig vorkommt, Kleidungsstücke, Bücher etc. mit in die Schule bringen, welche zu Hause mit den erkrankten Kindern längere Zeit in engen Contact gekommen sind. Desshalb dürfte die sub 3 angeführte Anordnung begründet und festzuhalten sein.

4) Wenn im Schulhause eine der gefährlicheren Krankheiten, insbesondere Scharlach oder Diphtherie auftritt, so muss die Schule sofort geschlossen werden, wenn nicht der Träger der Krankheit sofort aus dem Schulhause entfernt, oder in einer ganz strengen, jedenfalls von einem Arzt zu controlirenden Weise isolirt werden kann. Wenn schon beim Auftreten ansteckender Krankheiten in Privathäusern vor dem Betreten derselben gewarnt, dasselbe unter Umständen selbst verboten wird, so ist es doch sicher nicht zulässig, wenn in einem Schulhause eine gefährliche ansteckende Krankheit auftritt, die Schulkinder zu zwingen, täglich dieses Haus zu besuchen und sich längere Zeit in demselben aufzuhalten. Dies trifft insbesondere für die Verhältnisse auf dem Lande zu, wo gewöhnlich das Schulhaus zugleich das Wohnhaus für den Lehrer ist. Wenn, wie meistens in den Städten, die Schulhäuser nur den Unterrichtszwecken dienen und die Lehrer Privatwohnungen haben, so fällt der Lehrer, wenn in seiner Familie eine ansteckende Krankheit auftritt, unter die sub 3 angeführten Bestimmungen. Durch von massgebender Seite gemachte Erfahrungen dürfte es sich auch dringend empfehlen, den Lehrern die Aufnahme kranker oder reconvalescirender Kinder in ihre im Schulhause befindliche Wohnung streng zu verbieten. Wenn in einem Schulhause unter den Bewohnern desselben eine Typhuserkrankung auftritt, soll der Kranke ebenfalls, wo möglich sofort aus dem Hause entfernt werden; wenn dies nicht möglich sein sollte, so muss der Kranke jedenfalls vollständig isolirt und unter allen Umständen eine gründliche Desinfection des Hauses vorgenommen werden.

5) Die Massregel der Schliessung der Schule ist im Allgemeinen dem Ermessen der Schulbehörde überlassen, jedoch ist vom ärztlichen Standpunkte aus zu verlangen, dass dieselbe angeordnet werde

a) wenn bei Scharlach, Masern, Diphtherie schon die ersten an einem Orte auftretenden Fälle einen besonders bösartigen, gefährlichen Charakter zeigen,

b) wenn, wie sub 4 erwähnt, unter den Einwohnern des Schulhauses selbst eine der gefährlicheren ansteckenden Krankheiten auftritt, und der von der Erkrankung Befallene nicht sofort evacuirt oder streng und sicher isolirt werden kann,

c) wenn durch die sub 1) und 3) angeführten Massregeln die Zahl der Schüler soweit sinkt, dass nach pädagogischem Ermessen von der Fortsetzung des Unterrichts kein Nutzen mehr zu erwarten ist.

6) Die Zeit des Schulschlusses ist zu der erforderlichen Reinigung und Desinfection der Schullokalitäten zu benützen.

Referat,

erstattet am 12. October l. J. in der Versammlung des ärztlichen Bezirksvereins Nordschwaben in Donauwörth vom k. Bezirksarzte Dr. Gattermann.

Sie haben mich in der heurigen Frühjahrsversammlung mit dem Referate über die vorwürfige Frage betraut, wahrscheinlich in der Voraussetzung, dass mir als amtlichem Arzte einige Erfahrungen auf diesem Gebiete zu Gebote stehen dürften.

Ich muss gestehen, Stadt und Land hat während meiner 13 jährigen Thätigkeit im hiesigen Bezirke eine grosse Fülle einschlägigen Materiales zur Beobachtung geboten und häufig in dieser Zeit ist die Frage des Schulschlusses an mich herangetreten; dessenungeachtet muss ich bekennen, dass ich dieselbe in vielen Fällen für schwierig halte und, soll sie nicht schablonenmässig behandelt werden, auch für verantwortungsvoll.

Nicht gering anzuschlagen ist die oft längere Unterbrechung des Unterrichtes und die sich vielfach anschliessende Verwilderung und Zuchtlosigkeit der unbeschäftigten und schlecht überwachten Schuljugend.

Anderseits ist aber die Massregel zur rechten Zeit angewandt ein Segen für die Schule, eine unendliche Beruhigung für besorgte und gewissenhafte Eltern, für den Arzt ein grosses Mittel die Ausbreitung einer epidemischen Krankheit einzuschränken.

Bevor ich den Kern der Frage selbst berühre, kann ich nicht unterlassen, mit einigen Worten auf die Anzeigepflicht der Aerzte zurückzukommen, die uns im Vorjahre viel beschäftigt hat. Mit diesem Thema steht die in Rede stehende Frage in innigem Zusammenhange.

Ich bin ebenso heute wie in der Herbst-Versammlung des vorigen Jahres, in der wir uns mit der Anzeigepflicht beschäftigten und eine seltene Einhelligkeit der Anschauung zu Tage trat, der Ansicht, dass erst dann vom Schulschluss die Rede sein kann, wenn Art und Charakter der Erkrankungen, die Ausbreitung, auch das Alter der Ergriffenen, die häuslichen Verhältnisse u. s. w. bekannt sind, Fragen, die von der Gemeinde und Schulbehörde beim besten Willen nicht mit der nöthigen Sicherheit erfasst und grossentheils nur vom Arzte in verlässiger Weise beantwortet werden können.

Für die wichtigsten Infektionskrankheiten des Kindesalters sehe ich wohl in Uebereinstimmung mit dem weitaus grössten Theile der Aerzte Scharlach und Diphtherie an; jede andere contagiöse Krankheit wird an unmittelbarer Gefährlichkeit im Allgemeinen von ihnen weit übertroffen, ebenso auch durch die häufigen schlimmen Folgezustände.

In der Sitzung des verstärkten Obermedicinalausschusses vom 11. Dezember 1890 wurde über die Aufnahme dieser Krankheiten in § 1 Abs. 1 heftig debattirt; schliesslich brach sich doch die allgemeine Ueberzeugung Bahn, dass zur Beruhigung der Aerzte auf dem Lande, der amtlichen wie der praktischen, die sich im Allgemeinen für die Aufnahme unter die absolut anzeigepflichtigen Krankheiten aussprachen, etwas geschehen müsse und einigte man sich dahin, dass die Anzeigepflicht erst dann einzutreten habe, wenn die genannten Krankheiten in besonderer Heftigkeit oder Häufigkeit auftreten.

Wenn mir auch persönlich die absolute Anzeigepflicht bei Scharlach und Diphtherie mehr zugesagt hätte, oder mit anderen Worten ihre Einreihung unter § 1 Abs. 1, so glaube ich doch, dass schon viel geschehen ist im allgemeinen Interesse, vorzüglich unter ländlichen Verhältnissen, dass die Anzeigepflicht überhaupt gerettet ist; obendrein haben wir das angenehme Bewusstsein, dass in breiten Schichten des ärztlichen Standes die von uns wiederholt betonte Nothwendigkeit der Anzeige der ersten Fälle gefühlt wird zunächst den genannten Krankheiten gegenüber, dass sogar gewiegte Kliniker den günstigen Einfluss des auf frühe Anzeigen basirten Schulschlusses mit dem grössten Nachdrucke betont haben. Daraus ergibt sich wohl von selbst, dass die praktischen Aerzte auf dem Lande die so oft betonte Belästigung durch die Anzeigen nicht fühlen und folgerichtig auch bei minder strenger Auffassung der Anzeigepflicht bei den mehrfach genannten Krankheiten ihre Pflicht gewissenhaft zu erfüllen wissen werden.

Freilich fehlt es an den gesetzlichen Handhaben, um mit radicaleren Mitteln einer Epidemie zu begegnen, etwa wie den Blattern,

und wäre auch sehr fraglich, ob ein solches Vorgehen durchführbar wäre, deshalb ist über dem Besten vorerst mit dem Guten, mit dem Erreichbaren sich zu begnügen.

Bei dem Herrschen epidemischer Krankheiten müssen Arzt und Amt, Gemeinde und Schulbehörde zusammenwirken, um denselben in ihren Anfängen zu begegnen; nirgends mehr als in sanitätspolizeilichen Aufgaben gilt der Wahlspruch: viribus unitis.

Es ist die Meinung ausgesprochen worden, dass es den Aerzten auf dem Lande bei ihrem Verlangen nach der absoluten Anzeigepflicht, vorzüglich bei Scharlach und Diphtherie, nur um den Schulschluss zu thun wäre, und dass sie auf diese präventive Maassregel einen zu hohen Werth legten, da ja damit eine Epidemie nicht aus der Welt geschafft werden könne.

Darauf möchte ich erwidern, dass dieselben den Schulschluss als ein Mittel betrachten, um aus innerster, aus der Erfahrung geschöpfter Ueberzeugung einem grösseren Uebel vorzubeugen.

Wenn ihnen einmal die Anzeige auferlegt wird und sie gewissermassen dadurch als die berufenen Hüter des Gesundheitswohles der Bevölkerung betrachtet werden, so möchten sie dieser Pflicht aufs gewissenhafteste nachkommen.

Es handelt sich ja nicht um die Schule allein, es handelt sich um die Gesundheitsinteressen überhaupt, und wenn es von Nutzen ist, dass die Behörde rechtzeitig von der Gefahr unterrichtet wird, so muss es nützlicher sein, dass dies früher schon geschieht, gleich im Beginne, als wenn bereits ein grosser Bruchtheil ergriffen ist.

Nach diesen Vorbemerkungen, die mir zur Sache zu gehören scheinen, komme ich zur Frage des Schulschlusses selbst.

Von den Krankheiten, die in epidemischer Verbreitung dazu Anlass geben können, nenne ich zuallererst:

1) Scharlach und Diphtherie, bemerke aber gleich, dass nicht so sehr die Zahl der Erkrankungen als der Charakter der Epidemie für die Maassregel entscheidend werden kann.

Es gibt kleine, aber äusserst schwere, schon im Beginn mit den schwersten allgemeinen und örtlichen Symptomen einhergehende Ausbrüche von Scharlacherkrankungen; dieselben fordern, vorzüglich wenn sie vorherrschend das Schulalter betreffen, den provisorischen Schulschluss, um den Gang der Seuche zu beobachten.

Handelt es sich um localisirte Hausepidemien und sind gute Isolirung und günstige, die Verschleppung ausschliessende Aussenverhältnisse vorhanden, kann die Schule bezw. die Schulen wieder eröffnet werden.

Nur bei vollständiger Verlässigkeit auf eine gute Trennung der Erkrankten von den Gesunden ist den Letzteren der Schulbesuch zu gestatten, aber nur wenn die durch die Erfahrung fixirte Incubationszeit der einzelnen Infectionskrankheiten reichlich abgelaufen ist.

Wenn der inficirte Ort einen Theil des Schulsprengels bildet, kann die sämmtliche Schuljugend vom Schulbesuche ausgeschlossen werden, was hie und da ausreicht.

Es ist auch, soferne die Sache noch nicht drängt, die Ausschliessung eines Kurses einer Abtheilung z. B. Knaben- oder Mädchenschule im Beginne einer Epidemie gerechtfertigt, also der partielle Schulschluss, wenn Anhaltspunkte vorliegen für die enge Begrenzung der Infection.

Der Erfolg wird zeigen, ob die Massregel genügt; nicht selten beginnt eine Epidemie in äusserst schwerer Weise, um bald einem milderen Verlaufe Platz zu machen; diese Momente sind von dem begutachtenden Arzte auszunützen, nicht etwa um zu frühe den partiellen oder allgemeinen Schulschluss aufzuheben, sondern um den günstigen Zeitpunkt hiefür zu ersehen; bei schweren und langwierigen Epidemien beeile man sich nicht; die allgemeine Durchseuchung des empfänglichen Alters straft sonst mit schweren neuen Eruptionen.

Was vom Scharlach gilt, das gilt auch mutatis mutandis bei der Diphtherie.

Die Massenerkrankung fordert bei beiden Krankheiten den Schulschluss; bei leichteren und dünneren Erkrankungen kann recht wohl die Schule offen bleiben.

Schwere Fälle, die rasch auf einander folgen und ohne deutlichen Zusammenhang sprungweise sich über einen Ort verbreiten, fordern den Schulschluss.

Die Ursache der Diphtherie liegt noch sehr im Dunkeln; wenn auch ihre Contagiosität nicht zu läugnen ist, so ist doch das contagiöse Moment nicht so scharf hervortretend wie bei Scharlach oder gar bei Masern und Keuchhusten.

Es sind deshalb mehr bestimmte Quartiere und Häuser, die von dieser Krankheit heimgesucht werden; nicht so sehr das contagiöse Moment tritt in den Vordergrund als das örtliche.

Es ist deshalb öfters am Platze, gewisse Stadt- oder Ortstheile vom Schulbesuche auszuschliessen; es ist wenigstens der Versuch gerechtfertigt.

Die Abnahme einer Diphtherieepidemie kündet sich nach meinen Erfahrungen durch milde Fälle einerseits und anderseits durch die Häufigkeit der lacunären Angina an, die sonst bei Kindern selten vorkommt, so dass man an ein verwandtschaftliches Verhältniss beider Krankheiten denken muss.

In diesem Stadium kann die Wiedereröffnung der Schulen versucht werden.

Die Erfahrung hat gelehrt, dass die acuten Exantheme — Scharlach, Masern — durch gesunde dritte Personen nur ausnahmsweise übertragen werden; wäre das Gegentheil der Fall, müsste der Arzt der beständige Träger und Verbreiter des Contagiums sein.

Diese Erfahrung ist werthvoll und von ihr Gebrauch zu machen, so lange keine stärkere Häufung der Fälle eintritt, in der Richtung, dass die gesunden Geschwister inficirter Familien zum Schulbesuche zugelassen werden, jedoch mit der Vorsicht, dass die kranken isolirt und die Incubationszeit, wie schon oben hervorgehoben, abgelaufen ist.

Wenn man sagt, dass die contumacirten Kinder besser in der Schule aufgehoben wären als zu Hause, wo sie in beständiger Berührung mit den Kranken sich befinden, so möchte ich entgegenhalten, dass da, wo die Isolirung nicht möglich ist oder nicht zur Durchführung kommt, die gesunden Kinder thatsächlich in beständiger Gefahr der Erkrankung schweben, aber sicher besser zu Hause bleiben, als die Krankheit weiter verschleppen.

In solchen Fällen muss eben im Interesse der Allgemeinheit der Seuchenherd eliminirt werden, selbst auf die Gefahr hin, dass weitere Opfer fallen.

2) Bei Keuchhusten und Masern, vorzüglich bei letzterer Krankheit ist die Ausbreitung in der Regel eine so rasche, dass sich die Schulen von selber schliessen.

Von Wichtigkeit ist, dass sie nicht gar zu frühe geöffnet werden, vorzüglich zur rauhen Jahreszeit, bei grossen Entfernungen insbesonders, wenn schwere Complicationen sich öfters einstellen, vorzüglich von Seiten der Lunge.

Hier ist es am besten die Epidemie gründlich ablaufen zu lassen, bevor man an Wiedereröffnung der Schulen denkt.

Wenn ich vom Schulschluss spreche, so habe ich alle Schulen im Auge, auch die Sonntagsschulen und jede Ansammlung, die zur Schule in Beziehung steht: wie gemeinschaftliche Kirchenbesuche, Begleitung von Leichen u. dergl.

3) Typhus abdominalis kann in grösserer Verbreitung Anlass zum Schulschluss geben; häufiger wird es zum Ausschluss von einzelnen Stadttheilen oder Ortschaften vom Schulbesuche kommen.

4) Ruhr, Typhus exanthem. u. s. w. liegen unseren Verhältnissen zu ferne, um sich bei der Frage des Schulschlusses weiter mit ihnen zu befassen.

Im Nachstehenden fasse ich die leitenden Gesichtspunkte für die amtliche zeitweise Schliessung der Schulen in folgenden Sätzen zusammen:

1) Vorbedingung bei der Frage des Schulschlusses ist immer eine klare Uebersicht über Ausdehnung und Charakter der Epidemie; verlässigen Aufschluss hierüber gibt nur der Arzt, wenn auch die Mittheilungen der Gemeinden und Schulbehörden sehr erwünscht und das Zusammenwirken dieser Kräfte das einzige Richtige und Erspriessliche ist.

2) Bei Scharlach und Diphtherie ergibt sich die Nothwendigkeit des Schulschlusses häufiger durch die Bösartigkeit der Fälle, weniger durch die Zahl der Erkrankungen allein; Massenerkrankungen erfordern bei der einen wie der andern Krankheit die Schliessung der Schulen.

3) Masernepidemien führen am häufigsten zur Schliessung der Schulen; das Amt hat sich in der Regel mehr mit dem richtigen Zeitpunkt der Wiedereröffnung, der vorzüglich zur Winterszeit oder bei ernsten Complicationen nicht zu kurz bemessen werden soll, zu befassen.

Dasselbe gilt auch ab und zu beim Keuchhusten.

4) Gute Isolirung der Kranken zunächst bei Scharlach und Diphtherie, ärztliche Ueberwachung, günstige Aussenverhältnisse werden die Nothwendigkeit des Schulschlusses seltener machen, vorzüglich im Hinblick auf die spärlichen positiven Erfahrungen über Uebertragbarkeit der genannten Krankheiten durch gesunde Dritte.

5) Eine Typhusepidemie kann in seltenen Fällen den Schulschluss oder die Ausschliessung gewisser Quartiere oder Ortschaften nothwendig machen.

6) Erkrankungen an Scharlach, Diphtherie, Typhus in der Familie des Lehrers selbst geben bei der Schwierigkeit der Isolirung wohl in der Regel die Anzeige zum Schulschlusse; je nach Lage der Dinge kann die Suspension des Lehrers genügen.

7) Andere Krankheiten als die genannten werden kaum oder nur in ausserordentlichen Fällen Anlass zum Schulschluss bieten.

8) Der Wiedereröffnung der Schulen hat am Schlusse der Epidemie ein Gesundheitszeugniss des, bezw. der behandelnden Aerzte voranzugehen.

9) Die amtliche Schliessung der Schulen ist eine eingreifende Verfügung und sicher von hoher Wichtigkeit beim Herrschen ansteckender Krankheiten; von durchschlagender Wirkung kann sie aber nur dann sein, wenn sie sich mit einer Reihe anderer Massnahmen vereint, deren Aufzählung und Wirkungsweise den Rahmen dieser Arbeit überschreiten würde.

Auf Anregung des Kreiscassiers des Pensionsvereines für Wittwen und Waisen bayerischer Aerzte, des Herrn Dr. Sprengler-Augsburg, stellt Herr Dr. Fleischmann den Antrag:

> **die Herren Delegirten neuerdings zu veranlassen, in ihren Bezirksvereinen dahin zu wirken, dass möglichst alle verheiratheten wie ledigen Aerzte dem Pensionsvereine beitreten.**

3

Motiv: Die wohlthätigen Resultate des Pensionsvereines liegen so auf platter Hand, dass Jeder, der für seine Hinterlassenen sorgen will, dem Vereine beitreten sollte.

In zweiter Linie ist es eine Ehrensache des ärztlichen Standes, in seiner Gesammtheit für das Wohl der meist in ungünstigen Verhältnissen lebenden Wittwen und Waisen der Collegen durch ein kleines Scherflein beizutragen. Dies kann aber nur dadurch erreicht werden, dass möglichst alle Aerzte dem Vereine beitreten. Alsdann ist es möglich, die Wittwengabe zu erhöhen und viele Sorgen der Unglücklichen, denen der Ernährer gestorben ist, zu lindern.

Die Kammer schliesst sich einstimmig dem gestellten Antrage an mit der Absicht, den Antrag in den Bezirksvereinen zur Besprechung zu bringen und deren Mitglieder, welche noch nicht Mitglieder des obigen Vereines sind, speciell auf die segensreiche Wirksamkeit desselben aufmerksam zu machen.

Bericht des Herrn Regierungscommissärs Dr. Lutz über die sanitären Verhältnisse des Regierungsbezirkes im Jahre 1890.

Der Vorsitzende beantragt, dass der Bericht auf Kosten der Aerztekammerkasse veröffentlicht und jedem Arzte des Regierungsbezirkes zugeschickt werden soll, weil die Kenntniss der sanitären Verhältnisse und der zur Verbesserung derselben eingeführten Einrichtungen jedem Arzte erwünscht sein müsse. (Zustimmung.)

Anschliessend an den Vortrag des Herrn k. Regierungs-Commissärs stellt der Vorsitzende die Frage, ob die durch die Statistik nachgewiesene Abnahme der schwäbischen Kurpfuscher im Jahre 1890 nach den Erfahrungen der Herren Delegirten auch eine Abnahme der Kurpfuscherei zu bedeuten habe?

Nach den Aeusserungen der Delegirten ist dies nicht der Fall und steht im Gegentheile die Kurpfuscherei in höchster Blüthe. Hiebei wird besonders betont, dass an diesen Verhältnissen nicht etwa der Umstand Schuld trage, dass zu grosse Schwierigkeiten bezüglich der Erlangung ärztlicher Hülfe bestünden, weil in Schwaben an wissenschaftlich gebildeten Aerzten sicher kein Mangel ist.

Wahlen.

Herrn Dr. Fleischmann, welcher als Ersatzmann des Herrn Medicinalrathes Dr. Huber-Memmingen infolge Erkrankung des Letzteren veranlasst war, die Kammer im Obermedicinalausschusse zu vertreten, wird sowohl hiefür als für seine Vertretung der schwäbischen Bezirksvereine beim deutschen Aerztetag in Weimar der Dank der Kammer ausgesprochen.

Derselbe wird als Delegirter zum verstärkten Obermedicinalausschusse und zum deutschen Aerztetage des Jahres 1892 erwählt. Als dessen Stellvertreter im Obermedicinalausschusse wird Herr Dr. Holler, im deutschen Aerztetage Herr Dr. Schwarz-Memmingen gewählt.

Herr Dr. Fleischmann bringt ein kurzes Referat über die Verhandlungen des deutschen Aerztetages und des Obermedicinalausschusses in München zum Vortrag.

Die Verhandlungen des Obermedicinalausschusses über den Verkehr mit Giften haben in dem Herrn Referenten den Wunsch erregt, dass jedes Thema, welches das Interesse der Aerzte in irgend einer Weise berühre, vor der Verhandlung im Obermedicinalausschusse den Aerztekammern vorgelegt werden möchte. (Zustimmung.)

Das Bureau der Kammer hatte die Ehre, von Sr. Excellenz dem Herrn Regierungspräsidenten von Kopp in Audienz empfangen zu werden.

Der Vorsitzende sprach Namens der Delegirten dem Herrn Regierungscommissär den Dank für seine Betheiligung an den Verhandlungen der Kammer aus, wogegen der Herr Regierungscommissär der Kammer für den Ernst und Eifer, mit welchem sie sich der Besprechung der vorliegenden Angelegenheiten gewidmet habe, den Dank der k. Regierung ausdrückt.

Schluss der Sitzung um $12^1/_4$ Uhr.

Dr. Schauber. Vorsitzender.

Dr. Miehr. Schriftführer.

Morbiditätsstatistik der Infectionskrankheiten in Bayern: October[1]) und November 1891.

Regierungsbezirke bezw. Städte über 30000 Einwohner	Brechdurchfall		Diphtherie, Croup		Erysipelas		Intermittens, Neuralgia int.		Kindbettfieber		Meningitis cerebrospin.		Morbilli		Ophthalmo-Blennorrh. neonator.		Parotitis epidemica	
	Oct.	N.	Oct.	N.	O.	N.	O.	N.	O.	N.	O.	N.	Oct.	N.	O.	N.	O.	N.
Oberbayern	639	281	568	741	123	125	41	32	26	22	3	9	359	496	36	35	49	60
Niederbay.	190	100	161	190	61	50	38	33	12	12	11	2	13	51	7	11	7	23
Pfalz	346	97	192	204	39	39	9	18	9	8	1	1	92	85	1	4	—	5
Oberpfalz	67	44	96	134	24	32	17	11	2	6	—	1	51	205	2	9	1	2
Oberfrank.	116	56	235	226	39	40	7	7	9	8	2	—	9	3	1	3	—	4
Mittelfrk.	241	92	325	409	79	90	18	21	10	12	1	1	13	96	5	6	21	28
Unterfrank.	174	58	242	252	43	50	2	4	5	4	2	1	20	23	2	3	11	27
Schwaben	151	101	146	176	57	69	20	18	9	11	4	2	323	317	6	13	4	8
Summe	1924	829	1965	2332	465	495	152	144	82	83	24	17	880	1276	60	84	93	157
Augsburg	1	3	30	25	7	5	—	1	1	1	—	—	7	10	4	4	—	3
Bamberg	21	5	63	48	3	7	1	2	1	—	1	1	—	1	—	1	—	1
Fürth	11	8	18	39	—	7	—	—	—	2	—	—	—	2	—	2	—	—
Kaiserslaut.	23	8	32	31	8	—	—	—	1	—	—	—	24	35	—	1	—	—
München[3])	229	77	228	258	43	46	10	4	9	12	—	—	61	79	22	21	10	19
Nürnberg	83	29	115	90	27	30	11	15	4	1	—	—	8	26	—	—	8	24
Regensbg.[4])	5	8	19	25	5	3	5	—	1	—	—	—	—	—	2	—	1	—
Würzburg	37	26	38	45	6	7	1	1	—	1	—	—	14	9	1	1	—	—

Regierungsbezirke bezw. Städte über 30000 Einwohner	Pneumonia croupos a		Pyaemie, Septicaemie		Rheumatismus art. ac.		Ruhr (dysenteria)		Scarlatina		Tussis convulsiva		Typhus abdominalis		Varicellen		Variola, Variolois		Zahl der Aerzte überhaupt	Zahl der betheilig. Aerzte
	Oct.	N.	O.	N.	Oct.	N.	O.	N.	Oct.	Nov.	Oct.	N.	O.	N.	O.	N.	O.	N.		N.
Oberbayern	206	286	11	6	210	220	5	1	178	197	435	533	53	23	79	197	3	2	609	475
Niederbay.	121	198	4	5	81	98	3	2	124	118	212	164	44	36	19	31	1	—	155	104
Pfalz	95	151	—	—	43	55	2	2	25	39	100	93	81	67	14	35	—	—	211	115
Oberpfalz	117	179	2	1	23	39	—	—	79	58	108	118	42	21	16	32	—	—	113	77
Oberfrank.	116	158	2	—	31	41	—	—	15	15	163	119	31	28	19	27	—	—	160	92
Mittelfrk.	188	372	2	1	118	122	5	—	73	112	195	300	25	24	63	119	—	—	253	199
Unterfrank.	89	166	4	3	40	58	—	—	41	67	74	86	51	45	6	28	—	1	260	134
Schwaben	112	203	6	6	83	98	2	6	41	54	131	191	14	29	9	24	—	—	248	145
Summe	1044	1713	31	22	629	731	17	11	576	660	1418	1604	341	273	225	493	4	3	2009	1341 [2])
Augsburg	7	4	—	—	18	12	—	—	12	10	3	8	—	—	2	1	—	—	55	11
Bamberg	14	15	—	—	4	5	—	—	4	4	22	6	6	7	4	2	—	—	33	15
Fürth	11	30	—	—	8	18	—	—	7	5	2	8	—	1	2	8	—	—	21	11
Kaiserslaut.	4	6	—	—	—	6	—	—	3	13	2	8	—	1	1	4	—	—	12	10
München[3])	59	83	2	—	90	85	—	—	90	117	90	129	8	4	61	176	—	—	350	320
Nürnberg	37	41	—	—	41	34	—	—	23	62	120	228	7	5	48	65	—	—	79	75
Regensbg.[4])	11	8	—	—	2	7	—	—	3	2	10	13	4	1	14	12	—	—	31	14
Würzburg	9	20	—	2	2	10	—	—	11	23	9	5	6	11	—	11	—	—	64	24

Bevölkerungszahlen: Oberbayern 1,003,160. Niederbayern 664,798. Pfalz 728,339. Oberpfalz 537,934. Oberfranken 573,320. Mittelfranken 700,606. Unterfranken 618,489. Schwaben 668,316. — Augsburg 75,629. Bamberg 35,815. Fürth 43,206. Kaiserslautern 37,047. München 349,024. Nürnberg 142,590. Regensburg (mit Stadtamhof) 41616 Würzburg 61,039.

[1]) Einschliesslich einiger seit der letzten Veröffentlichung (Nr. 49) eingelaufener Nachträge. [2]) Im Monat October einschl. der Nachträge 1375. [3]) 41.—44. bzw. 45.—48. Jahreswoche. — [4]) Einschliesslich Stadtamhof.

Höhere Erkrankungszahlen ausser in obigen acht Städten sind gemeldet aus folgenden Orten und Aemtern. Diphtherie: Bez.-Amt Traunstein 75, Bez.-Amt Eggenfelden 52, Bez.-Amt Vilsbiburg 39, Bez.-Amt Feuchtwangen 47 (Herrieden 28) Fälle. — Morbilli: Bez.-Amt Altötting 94, Bez.-Amt Erding 68 (Epidemie in Dorfen und Umgebung), Bez.-Amt Landsberg 87 (81 in Diessen), Bez.-Amt Garmisch 65 (57 in Partenkirchen), Wolnzach (Pfaffenhofen) 39, Engelsberg (Traunstein) 26, Schmidmühlen (Burglengenfeld) 140, Epidemie im Amt Nürnberg (51), Bez.-Amt Lindau 100, Bez.-Amt Memmingen 178 Fälle. — Pneumonia croup.: Bez.-Amt Aichach (Pöttmes 11, Altomünster 12), Ortenburg (Vilshofen) 14, Gefangen-Anstalt Amberg 8, Bez.-Amt Wunsiedel 30, Bez.-Amt Schwabach 40 Fälle. — Scarlatina: Stein (Traunstein) 13, Mengkofen (Dingolfing) 15, Stadt Lauringen (Kissingen) 10, Gemeinde Wertingen 12 Fälle. — Tussis convulsiva: Bez.-Amt Landsberg 118 (Diessen 91), Bez.-Amt Beilngries 56 Fälle. — Typh. abdom.: Bez.-Amt Pfaffenhofen 10, Bez.-Amt Naila 9, Wörth a. M. (Obernburg) 12 Fälle.

☞ Portofreie Postkartenformulare für vorliegende Statistik sind durch die zuständigen Herren k. Bezirksärzte zu erhalten

Im Interesse der vorliegenden Statistik wird um rechtzeitige und regelmässige Einsendung dringendst ersucht.

Verlag von J. F. Lehmann in München. — Druck der Akademischen Buchdruckerei von F. Straub in München.